



dens

4

2007

4. April

Mitteilungsblatt der Zahnärztekammer und
der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

DIE AKTUELLE PATIENTENINFORMATION IHRES ZAHNARZTES

ZahnRat 47

DIE AKTUELLE PATIENTENINFORMATION IHRES ZAHNARZTES

Schöne Zähne mit 50plus – Vorbeugen und Erhalten heißt Behalten

Mit 50 hat man noch Zähne – Da entdeckt so manche aber ein neue Hobby, nämlich Wünsche für sich selbst in den Mund zu stecken. Nicht alles, was man so bekommt, ist ein Lebensmittel zwischen Bissen, Mund, Rachen, Vordarm und Familie finden, das ist es doch, was Mann und Frau sich in ihrem 50. wünschen. Und natürlich Gesundheit, aber die ist für sie halb so wichtig wie ein neues Hobby.

Gesundheit ist in diesem Kontext vor allem ein Lebensgefühl, das die Lebensfreude bewahrt, denn das Leben hat Spüren hinterlassen. Manche Spüren lassen sich einfach mit Kosmetik, Friseurkunst und Fitness- und Wellness-Mode verdecken, einige Spüren wollen wir gar nicht erweichen und andere lassen sich nicht tägen, weil sie uns unangenehm sind oder unannehmliche Ergebnisse unserer bisherigen Lebensweise sind.

Nehmen wir zum Beispiel die Zähne. Immer mehr 50-Jährige kümmern sich auf eine große Weise um ihre Zähne, doch ohne zahnärztliche Therapie und Ernährungsrat sind nur wenige Zahnprobleme zu beheben und zu vermeiden.

Schöne und gesunde Zähne sind ein wichtiger Bestandteil der Lebensqualität und des Wohlbefindens, zeigen bei jedem Lächeln Ihre Lebensfreude, sind ein Zeichen für ein gesundes Leben und auch, welche Aufmerksamkeit und Sorgfalt Sie sich selbst schenken. Mehr als in jüngeren Jahren machen diese Dinge einen großen Teil Ihrer Ausstrahlung aus. Vielfach können Sie selbst jeden Tag etwas



für Ihre Zähne und gesundes Zahnfleisch tun, sowohl bei der Pflege als auch mit Hilfe der richtigen Ernährung.

Aufpassen (früher: Sie in Ihrer Zahnarztpraxis die richtigen Partner, wenn es um zahnärztliche zahnärztliche Hilfe geht. Das betrifft nicht nur den Wunsch nach weichen Zähnen, sondern zum Beispiel auch Korrekturen von Zahnstellungen, die für einen Prozedur wichtig sein können oder auch Beschwerden im Kopf/Nacken-

Rückenbereich verhindern bzw. verschwinden lassen können. Vorbeugen und Erhalten heißt Behalten – „Späts“ um mehr. In diesem ZahnRat finden Sie einige typische Lebewesen- und Gesundheitsfragen, die sich auf Ihre Mund- und Zahnarztpraxis auswirken, und welche Tipps, welche Möglichkeiten es gibt, zahnärztlichen Problemen selbst oder mit zahnärztlicher Hilfe rechtzeitig zu begegnen.

ZahnRat 48

DIE AKTUELLE PATIENTENINFORMATION IHRES ZAHNARZTES

Gesunde Kinderzähne trotz süßer Versuchungen

Die Kinder und Jugendlichen haben heute gesündere Zähne als vor zehn, fünf Jahren. Die Umsetzung von Prophylaxeprogrammen, die Veränderung im individuellen Gesundheitsverhalten und ein zwar kostenintensives, aber für die Mundgesundheit sehr effektives zahnärztliches Versorgungssystem führen besonders im zahnärztlichen Lebensalter zu einer erheblichen Verbesserung der Mundgesundheit, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen.

Allen diese Aussagen, die durch statistische Erhebungen gestützt sind, gilt nicht uneingeschränkt. Zwar wächst die Mehrzahl der Kinder und Jugendlichen heute mit einer guten Mundgesundheit, ja, immer häufiger auch ohne Karies auf, aber etwa ein Viertel von ihnen hat noch viele zahnärztliche Probleme. Bei diesen Kindern erkennen Eltern und Mütter zahnärztliche Hilfe an. Die Behandlung ist – je nachdem, wie sich die Patienten zeigen und welches Ausmaß die Erkrankung angenommen hat – mitunter sehr aufwändig und kostenintensiv. Nicht selten können die erkrankten Zähne nicht mehr erhalten werden und müssen vorzeitig der Zange zum Opfer, was dann wiederum Folgeerkrankungen im Gebiss nach sich ziehen kann.

Die zahnärztlichen Versorgungssysteme müssen sich daher verstärkt auf die Kinder und Jugendlichen, um auch ihnen die Chance für eine gute Mundgesundheit und damit verbunden: Lebensqualität



und allgemeine Gesundheit zu ermöglichen. Eltern, Zahnärzte, Betreuern in Kindertagesstätten und Lehrern sollten hier zusammenwirken.

Lesen Sie auf den folgenden Seiten mehr über die Gefahren für die Zahngesundheit der Kinder und Jugendlichen, was man beachten kann und welche Zahnärztliche Hilfe es gibt.

ZahnRat 51

DIE AKTUELLE PATIENTENINFORMATION IHRES ZAHNARZTES

Zahnverlust durch Unfall? Kein Grund für Alpträume, denn es gibt viele Wege, um Zahnklücken zu schließen, gerade auch mit Hilfe der Kieferorthopädie

In den vergangenen Jahrzehnten hat die Anzahl der Unfallverletzungen an den Zähnen ein erhebliches Ausmaß angenommen. Aus jährlich einer Million Sport- und Freizeitunfälle realisierten etwa 100.000 Verletzungen an den Zähnen. Die Verletzungen reichen dabei von geringen Schmelzabplatzungen bis zum Totalverlust eines oder mehrerer Zähne.

Nicht immer lässt sich ein Unfall vermeiden. Wer aber riskante Sportarten ausübt, kann sich bereits vorzeitiglich schützen. Leider verzichten jedoch zu viele Kinder, Jugendliche und auch Erwachsene auf vorhandene Schutzanzüge – sei es aus Bequemlichkeit, Überschnurung oder aus Kostengründen. Dabei sind Schutzmaßnahmen wesentlich kostengünstiger als die damit notwendigen Behandlungsmaßnahmen. Hinzu kommt, dass gerade bei Kindern ein durch Unfall bedingter (auch gewalttätiger) Schaden der Milchzähne häufig Folgeschäden für die bleibenden Zahnreihen nach sich zieht.

Dieser teure fehlenden Zahn zu keinen bleibenden und funktionellen Benachteiligung kommen muss, ist der Entwicklung der modernen Zahnmedizin zu verdanken. Insbesondere die Kieferorthopädie hat hierzu einen großen Anteil. Sie kann glückliche Voraussetzungen für einen späteren Zahnersatz schaffen



oder kann das Problem Zahnverlust unter Umständen in einem eigenen Konzept lösen. Der Lückenverschluss nach Zahnverlust stellt heute kein großes Problem mehr dar. Ob man ein kieferorthopädischer Lückenverschluss oder aber eine Implantat- oder Brückenversorgung

erfolgt, hängt von vielen Faktoren ab. Wie sehr häufig in der gesamten Medizin. Wenn auch in diesem Fall mehrere Wege zu einem Erfolg. Dieser ZahnRat zeigt einige von ihnen auf, damit Sie gemeinsam mit Ihrem Zahnarzt beraten können. www.westphalenski.de

Patientenzeitung der Zahnärzte
in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen

Patientenzeitung der Zahnärzte
in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen

Patientenzeitung der Zahnärzte
in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen

ZahnRat 52

DIE AKTUELLE PATIENTENINFORMATION IHRES ZAHNARZTES

Angst vorm Zahnarzt? Dagegen kann man etwas tun

Sie tragen so schnell an Ihre Zahnarztpraxis, wie Sie auch an eine Weibung? Nichts ist so schlimm, Angst zu haben. Sie ist ein wichtiges Lebensgefühl und kann auch ganz nützlich sein, als Anreiz für Veränderungen zum Beispiel um die Seite der Wartungswunsch nach zu haben. Angst kann jedoch, wenn sie sich nicht in der richtigen Weise äußert, auch ein Hindernis sein. Die Angst vorm Zahnarzt kann man in den Griff bekommen, wenn man sie nicht als Bedrohung, sondern als Herausforderung betrachtet.

Die Angst vorm Zahnarzt kann man in den Griff bekommen, wenn man sie nicht als Bedrohung, sondern als Herausforderung betrachtet. Dieser ZahnRat möchte Ihnen einige über Angst verrichten, dass Angst nicht gleich Angst ist, wie Ihnen Ihr Zahnarzt helfen kann und wie Sie Angst mit ganz praktischen Mitteln schon im Voraus begegnen können. Außerdem gibt es einige Ratschläge, wie man Kinder auf einen zahnärztlichen Zahnbesuch vorbereitet, oder wie man gemeinsam mit dem Kind zahnärztliche Angst abbaut.

Angst einfach ignorieren? Für manche ist es eine Sache die Dinge nicht mit seiner Angst vorm Zahnarzt umzugehen können oder es selbst nicht annehmen, dass man wieder ein Jahr nicht zum Zahnarzt gegangen ist, weil es so viel



schon im Leben der Angst vor dem Zahnarzt, was man die Zahnärztliche Praxis (1928-1919).

Trotz der Gewissheit, dass man Werte und Charakteristika von sich selbst hat, ist es manchmal nicht so einfach, sich selbst zu schenken. In der Zahnärztlichen Praxis, was man die Zahnärztliche Praxis (1928-1919).

Die zahnärztliche Versorgungssysteme müssen sich daher verstärkt auf die Kinder und Jugendlichen, um auch ihnen die Chance für eine gute Mundgesundheit und damit verbunden: Lebensqualität

ZahnRat 53

DIE AKTUELLE PATIENTENINFORMATION IHRES ZAHNARZTES

Schönheit auch beim Zahnarzt „Ästhetische Zahnheilkunde“ – was ist dran?

Allein im Lebensalter der Jugendlichen, was man die Zahnärztliche Praxis (1928-1919).

Trotz der Gewissheit, dass man Werte und Charakteristika von sich selbst hat, ist es manchmal nicht so einfach, sich selbst zu schenken. In der Zahnärztlichen Praxis, was man die Zahnärztliche Praxis (1928-1919).

Die zahnärztliche Versorgungssysteme müssen sich daher verstärkt auf die Kinder und Jugendlichen, um auch ihnen die Chance für eine gute Mundgesundheit und damit verbunden: Lebensqualität



schon im Leben der Angst vor dem Zahnarzt, was man die Zahnärztliche Praxis (1928-1919).

Trotz der Gewissheit, dass man Werte und Charakteristika von sich selbst hat, ist es manchmal nicht so einfach, sich selbst zu schenken. In der Zahnärztlichen Praxis, was man die Zahnärztliche Praxis (1928-1919).

Die zahnärztliche Versorgungssysteme müssen sich daher verstärkt auf die Kinder und Jugendlichen, um auch ihnen die Chance für eine gute Mundgesundheit und damit verbunden: Lebensqualität

Patientenzeitung der Zahnärzte
in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen

Patientenzeitung der Zahnärzte
in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen

Versandkosten (zzgl. 7 % MwSt.)

Menge	Preis/Bestellung	Versand
10 Exemplare	2,60€	2,40€
Gesamt		5,00€
20 Exemplare	5,20€	2,80€
Gesamt		8,00€
30 Exemplare	7,80€	4,70€
Gesamt		12,50€
40 Exemplare	10,40€	5,00€
Gesamt		15,40€
50 Exemplare	13,00€	5,20€
Gesamt		18,20€

AX - Bestellsformular 03525 - 71 86 12

- Stück
- 46 Es hängt mehr am Zahn als nur die Wurzel
 - 47 Schöne Zähne mit 50plus – Vorbeugen und Erhalten heißt Behalten
 - 48 Gesunde Kinderzähne trotz süßer Versuchungen
 - 51 Zahnverlust durch Unfall?
 - 52 Angst vorm Zahnarzt?

Lieferanschrift:

Zahnarztpraxis _____

Ansprechpartner _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

Datum _____

Telefax _____

Unterschrift _____

Eine Übersicht früherer Ausgaben senden wir Ihnen gerne zu.

Gesundheitsreform mit neuen Möglichkeiten?

Einheit des Berufsstandes wird auf bislang schwerste Probe gestellt

Nun ist die von einigen Politikern viel gepriesene große – und schlussendlich doch kleine – Gesundheitsreform vom Bundestag und auch vom Bundesrat wohl nur unter Anwendung des Druckmittels Koalitionszwang verabschiedet worden. Sollte doch mit dieser Gesundheitsreform eine auf Dauer angelegte Stabilisierung der Finanzen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erfolgen.

Auf den kleinsten gemeinsamen Nenner haben sich dann die „Profis“ geeinigt und dieser gemeinsame Nenner stellt nur eine Verschlimmderung der bestehenden überbordenden Bürokratie und möglicherweise des bestehenden Gesundheitswesens dar.

Liberalisierung wird Herausforderung für KZV

Liberalisierung ist das Stichwort wenn das GKV-Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) genannt wird. Bezogen auf Teile des Sicherstellungsauftrags wird diese Liberalisierung eine echte Herausforderung für die Selbstverwaltungsorgane der Kassenzahnärztlichen Vereinigung.

Die durch jahrelange Reformgesetze erfahrenen Organe der KZV werden durch die mit dem VÄndG eingeführte Praxisstruktur über KZV-Grenzen (überbezirkliche Berufsausübungsgemeinschaft) hinaus gezwungen die sich hieraus ergebenden Zulassungs-, Abrechnungs- und Honorarverteilungsfragen unter Berücksichtigung der von dem niedergelassenen Zahnarzt aufgestellten berechtigten Forderung einer Wettbewerbsneutralität zu lösen.

VÄndG mit neuen Möglichkeiten

Der Vorstand hatte im Rahmen einer Informationsveranstaltung den Mitgliedern der Vertreterversammlung die durch das VÄndG eingeräumten Möglichkeiten – Voll- oder Teilzulassung, angestellte Zahnärzte, örtliche, überörtliche und überbezirkliche Berufsausübungsgemeinschaften sowie Medizinische Versorgungszentren (MVZ) – unter Berücksichtigung der mit Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) entfallenden Zulas-



Die Vertreterversammlung beschäftigte sich mit den neuen Möglichkeiten des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes.

sungsbegrenzung für übertersorgte Bedarfsplanungsgebiete dargestellt. Es wurde die Frage diskutiert, ob sich die vertragszahnärztliche Versorgung in eine teil- oder vollgeöffnete Versorgungsstruktur wandelt.

Aufgrund der vom Gesetzgeber selbst formulierten Ziele – Flexibilisierung ärztlicher Tätigkeit, Flexibilisierung ärztlicher Kooperationsformen und besserer Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung – kann es nur darum gehen, dass für die im vertragsärztlichen Bereich von den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, insbesondere in den neuen Bundesländern, dargestellten unterversorgten Gebiete eine Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung erfolgen kann.

Einbeziehung der Körperschaften

Des Weiteren sollen die (Zahn)Ärzte die Möglichkeit haben, unter Einbeziehung von Spezialisten und aufwendigen technischen medizinischen Geräten, den Patienten die beste und umfassendste Versorgung anbieten zu können.

Letzteres wurde von den Zahn-

ärzten immer schon praktiziert – hierfür war kein neues Gesetz notwendig. Für die zuerst genannten Ziele kann für den vertragszahnärztlichen Bereich nur festgestellt werden, dass eine Unterversorgung nicht zu verzeichnen ist.

Somit kann der Gesetzgeber keine völlige Öffnung und damit Abkehr von den gewachsenen Versorgungsstrukturen mit dem VÄndG beabsichtigen haben.

Sollte jedoch der Gesetzgeber, durch welche Lobbyisten auch immer gefordert und eingeflüstert, die völlige Öffnung der Krankenversicherung beabsichtigen, so wird damit billigend ein Verdrängungswettbewerb mit einer Reduzierung der Versorgungsqualität in Kauf genommen.

Bezogen auf dieses Szenario stellte die Vertreterversammlung fest und unterstrich ihre bisherige Auffassung, dass die Einheit des Berufsstandes, und dies kann nur unter Einbeziehung und weiteren Stützung der vertragszahnärztlichen Berufsvertretung Kassenzahnärztlicher Vereinigung und der Zahnärztekammer geschehen, bewahrt werden muss.

Wolfgang Abeln

Tanz in den Frühling unter weißen Segeln

Anmeldeschluss: 5. April

Einladung zum 5. Zahnärzteball



am Sonnabend, 5. Mai 2007

Die Kassenzahnärztliche Vereinigung lädt alle Kolleginnen und Kollegen ins Hotel **Yachthafenresidenz Hohe Düne** in Rostock-Warnemünde ein.
Wir hoffen, dass Sie zahlreich die Gelegenheit nutzen, mit der Kollegenschaft unbeschwerte Stunden zu verleben.

**Für den Morgen in der Zeit von 10 bis 13 Uhr bereiten wir ein
Fortbildungsangebot vor.**

Die Thematik teilen wir Ihnen rechtzeitig mit.

Der Ball beginnt traditionell um 20.00 Uhr und wird erst enden, wenn niemand mehr tanzt.

Die Karten für den Ball inklusive Referat werden auch in diesem Jahr 50 Euro kosten.

Hotelübernachtungen müssen bis 5. April 2007 direkt im Hotel **Yachthafenresidenz Hohe Düne, Am Yachthafen 1, 18119 Rostock-Warnemünde, Tel. 0381-50 40 63 63**, gebucht werden –
Stichwort Zahnärzteball. (Doppelzimmer: 190 Euro)

Anmeldung zum Zahnärzteball 2007

Bitte schicken Sie den Anmeldecoupon an:

**Kassenzahnärztliche Vereinigung M-V, Wismarsche Straße 304
- Öffentlichkeitsarbeit -
19055 Schwerin**

Fax: 0385 / 54 92 498

E-Mail: oeffentlichkeitsarbeit@kzvmv.de

Ja, ich komme zum Ball mit _____ Personen

Nach Möglichkeit möchte/n ich/wir zusammensitzen mit

Datum, Unterschrift (bitte gut leserlich schreiben)

Praxisstempel

--

dens

16. Jahrgang

Mitteilungsblatt der Zahnärztekammer
und der Kassenzahnärztlichen Vereini-
gung Mecklenburg-Vorpommern mit amt-
lichen Mitteilungen

Herausgeber:

ZÄK Mecklenburg-Vorpommern

Wismarsche Str. 304, 19055 Schwerin
Tel. 03 85-59 10 80, Fax 03 85-5 91 08 20
E-Mail: sekretariat@zaekmv.de,
Internet: www.zahnaerzte-mv.de

Kassenzahnärztliche Vereinigung

Wismarsche Str. 304, 19055 Schwerin
Telefon 03 85-5 49 21 03,
Telefax 03 85-5 49 24 98
E-Mail: oeffentlichkeitsarbeit@kzvmv.de,
Internet: www.zahnaerzte-mv.de

Redaktion:

Dipl.-Stom. Gerald Flemming, ZÄK (verant.),
Dr. Manfred Krohn, KZV (verant.),
Kerstin Abeln, Konrad Curth

Internet: www.dens-mv.de

Gestaltung und Satz:

Kassenzahnärztliche Vereinigung

Druck:

cw Obotritendruck GmbH, Schwerin

Anzeigenberatung:

Satztechnik Meißen GmbH, Sabine Sperling
Am Sand 1c, 01665 Diera-Zehren,
Tel. 0 35 25-71 86 24, Telefax 0 35 25-71 86 10
E-Mail sperling@satztechnik-meissen.de

Redaktionshinweise:

Mit Verfasseramen gekennzeichnete Beiträge
geben nicht unbedingt die Meinung der Re-
daktion wieder. Produktinformationen werden
ohne Gewähr veröffentlicht.
Nachdruck und fotomechanische Wiedergabe
bedürfen der vorherigen Genehmigung der
Redaktion. Die Redaktion behält sich bei allen
Beiträgen das Recht auf Kürzungen vor.

Redaktionsschluss:

15. des Vormonats

Erscheinungsweise:

Das Mitteilungsblatt erscheint monatlich.

Bezugsbedingungen:

Der Bezug ist für Mitglieder der zahnärztl.
Körperschaften M-V kostenlos. Nichtmit-
glieder erhalten ein Jahresabonnement für 36
Euro, Einzelheft 4 Euro zzgl. Versandkosten.

Titelbild:

Angelika Lindenbeck, Schwerin

Aus dem Inhalt:

Deutschland / M-V

Gleiche Bemessungsgrenze in Ost und West verfassungsgemäß	4
Einheitlicher Kasserverband in Vorbereitung	4
WHO – Mundgesundheit auf der Agenda	4
Warum Bundespräsidenten Gesetze nicht unterschreiben	5
VDZI fordert mehr Geld	6
Zahl der Internetnutzer weiter gestiegen	6
Gesetzliche Krankenkassen erzielen Überschuss	7
KZBV-Kostenstrukturerhebung 2005 – erste Ergebnisse liegen vor	9
Faltblatt mit statistischen Basisdaten	15
Vorbereitungen für den Tag der Zahngesundheit	16
Arzneimittelverzeichnis ROTE LISTE® 2007	16
Erneut Spitzensiegel an HDZ verliehen	23
Das Dental Vademekum des Jahres 2007 ist da	25
Zahnmännchen-Medien jetzt mit Logo der BZÄK	29
Kommission: Rauchverbot europaweit durchsetzen	31
KZBV-Jahrbuch liegt vor	32
Geburtstage/Kleinanzeigen	32

Zahnärztekammer

16. Zahnärztetag und 58. Jahrestagung der DGZMK	12/13
Aufbau eines E-Mail-Verteilers	14
Nichtsatzungsgemäße Ausschüsse für die 5. Wahlperiode bestellt	14
Fortbildung	14/15
Freie Kursplätze im ZMV-Kurs	15
Wie finde ich einen D-Arzt?	16
Zusatzkurs „Aktualisierung Fachkunde Strahlenschutz“	24
Z1-Anwender gründen Arbeitskreis	25

Kassenzahnärztliche Vereinigung

Gespräch mit Minister Sellering	8
Zulassungsbeschränkungen entfallen ab 1. April 2007	15
Einsatz eines Herbstschamiers	17
Bedingungen für eine Wurzelspitzenresektion sind definiert	26/27
Fortbildung	30

Hochschulen / Wissenschaft / Praxis Recht / Versorgung / Steuern

Ende der Hängepartie an der Uni Rostock	9
Neue Zahnklinik in Greifswald eröffnet	10/11
Vollkeramik – was ist reif für die Praxis?	18-21
Zahnmedizin zwischen Hörsaal und Praxis	22/23
Frontzahntrauma – Thema eines Fachsymposiums	24
Recht: Muss der Zahnarzt seine Patienten über ausländischen Zahnersatz informieren?	28/29
Telemediengesetz in Kraft getreten	29
Impressum	3
Herstellerinformationen	hintere Umschlagseite

Gleiche Bemessungsgrenze in Ost und West verfassungsgemäß

BSG bestätigt Angleichung der Beitragsbemessungsgrenze in der Gesetzlichen Krankenversicherung

Bereits Anfang 2001 ist die Beitragsbemessungsgrenze in der Gesetzlichen Krankenversicherung für Ostversicherte auf Westniveau angehoben worden. Bis Ende 2000 gab es eine niedrigere Grenze für die neuen Länder, entsprechend der unterschiedlichen Einkommensverhältnisse. Für eine Potsdamer Richterin Grund genug, auf die andauernden Unterschiede aufmerksam zu machen, und weil selbst betroffen, Klage dagegen einzureichen. Diese hat das Bundessozialgericht in Kassel jetzt in letzter Instanz abgewiesen. Eine gemeinsame Beitragsbemessungsgrenze für Krankenversicherte in Ost- und Westdeutschland ist damit nicht verfassungswidrig.

Aus KZV-Sicht ein Hohn, denn monatelang hatte deren Vorstand versucht, die Entscheidungsträger in Politik und Verbänden davon zu überzeugen, dass eine Anpassung der Honorare von Zahnärzten im Osten nicht nur lange überfällig ist, sondern

bei jetzt per Gesetz erfolgender Anpassung im Bereich der Ärzte auch im zahnärztlichen Bereich politisch gewollt sein müsse.

Paradoxerweise entschied das Gericht mit dem Hinweis darauf, dass sich die Kassenbeiträge nach dem Einkommen richten würden und es daher nicht unsachlich sei, wenn Arbeitnehmer bei gleichen Einkommen in Ost und West auch gleiche Kassenbeiträge zahlen müssten. So weit, so klar. Der Haken an der Sache ist nur, dass die übergroße Mehrheit der berufstätigen Bevölkerung im Osten des Landes eben nicht das gleiche Einkommen des Kollegen im Westen vorweisen kann.

Der von der Klägerin herangezogene Gleichbehandlungsgrundsatz fiel nicht ins Gewicht.

Persönlich betroffen zahle sie seit sechs Jahren einen rund 80 Euro höheren Krankenkassenbeitrag bei weiter auseinander klaffenden Ost- und Westgehältern.

Das sahen die Bundesrichter jedoch ganz anders. Die Beitragsbemessungsgrenze an sich sei ebenso wie ein niedrigerer Ostsatz eine Privilegierung. Das könne zu bestimmten Zeiten gerechtfertigt sein, der Gesetzgeber sei aber zu einer dauerhaften Besserstellung nicht verpflichtet. Nachdem zahlreiche Leistungsgesetze vereinheitlicht worden seien, könne auch die Abschaffung dieses Privilegs gerechtfertigt werden.

Gut zu wissen, oder besser nicht. Das eine hat mit dem anderen nämlich offensichtlich gar nichts zu tun. Wer also gleiches mit gleichem vergelten möchte, ist auf dem falschen Dampfer. Eine Anpassung gab es bislang kampflos nur dort, wo es darum gehen sollte, zusätzliche Gelder in die Kassen zu spülen. Im umgekehrten Fall muss wohl noch viel Sand durch die Uhr laufen, um die lange fällige Angleichung zu erreichen.

Kerstin Abeln

Warum Bundespräsidenten Gesetze nicht unterschreiben

Eigentlich ist die Unterschrift Formsache - acht Mal wurde sie bislang verweigert

Auch wenn der Bundespräsident durch die Verfassung in politischem Sinn eher machtlos oder zumindest stark eingeschränkt ist, erlangt in Deutschland ein Gesetz erst dann seine Gültigkeit, wenn es vom ihm unterschrieben wurde.

In Kraft gesetzt wird es im Anschluss mit der Veröffentlichung im Bundesgesetzblatt. In der Vergangenheit haben die Bundespräsidenten bisher lediglich acht Mal Gesetze „angehalten“, das heißt nicht unterzeichnet. Einige zogen in ihren Begründungen Fehler im Gesetzgebungsverfahren heran, andere monierten materielle Verstöße gegen das Grundgesetz.

In allen acht Fällen geschah die Unterschriftsverweigerung jedoch unter großer öffentlicher Beachtung und Aufmerksamkeit sowie derjenigen, die Gesetze erarbeiten und verabschieden, als auch derjenigen, die Gesetze am Ende umsetzen und anwenden müssen.

Dies macht deutlich, dass normalerweise die Unterschrift des Bundespräsidenten unter ein Gesetz Formsache ist. Dass Gesetze zurückgewiesen werden, ist die Ausnahme. Er kann dies nur tun, wenn er berechnete Zweifel an der Verfassungsmäßigkeit vorbringen kann, da ihm nicht zuzumuten sei, ein offensichtlich verfassungswidriges Gesetz zu unterschreiben. Ansonsten ist die Feststellung der Verfassungswidrigkeit Aufgabe des Bundesverfassungsgerichts.

Wurde ein Gesetz vom Bundespräsidenten nicht unterschrieben, so kann es nicht zustande kommen. Der Politik verbleiben als Möglichkeiten

- die (verfassungskonforme) Änderung des Gesetzes selbst,
- die Änderung des als verletzt beanstandeten Artikels des Grundgesetzes (mit Zweidrittelmehrheiten in Bundestag und Bundesrat, vgl. Art. 79 Abs. 2 GG),
- die Anstrengung eines Organstreitverfahrens mit dem Ziel, die Verfassungsmäßigkeit des Gesetzes und damit die Unrechtmäßigkeit der Verweigerung festzustellen und
- den Bundespräsidenten, was bisher noch nie erfolgt ist, vor dem Bun-



Horst Köhler ist seit 2004 Bundespräsident der Bundesrepublik Deutschland.

desverfassungsgericht anzuklagen, was zu dessen Amtsenthebung führen kann (Art. 61 GG).

Horst Köhler, seit 2004 Bundespräsident, unterschrieb innerhalb von sechs Wochen gleich zwei Gesetze nicht. Im Oktober 2006 das Gesetz zur Neuregelung der Flugsicherung wegen Unvereinbarkeit mit Art. 87d Abs. 1 GG und im Dezember 2006 wies er das Verbraucherinformationsgesetz zurück, da es aus seiner Sicht im Widerspruch zu Art. 84 Abs. 1 Satz 7 GG steht, der es dem Bund verbietet, per Gesetz den Gemeinden Aufgaben zu übertragen.

Damit hält er den vorläufigen Rekord und es stand zu befürchten, dass sein Mut, das anstehende GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz zurückzuweisen, nicht groß genug sein würde. Bereits beim Vertragsarztrechtsänderungsgesetz, welches am 1. Januar 2007 in Kraft getreten ist, hatte der Widerstand aller Beteiligten im Gesundheitswesen nicht ausgereicht, um das Gesetz zu kippen. Der Vorstand der KZV hatte u. a. explizit die Änderung des § 85 Abs. 3 d SGB V in der Fassung des GKV Gesundheitsmodernisierungsgesetzes bemängelt und dies mit einer rückwirkenden Enteignung gleichgesetzt. Auch beim Wettbewerbsstärkungsgesetz appellierten die Beteiligten wieder an den Bundespräsidenten, den Mut zu haben, auch nur beim geringsten Zweifel Nein zu sagen. Diese Chance ist und bleibt vertan. Nach dreiwöchiger Prüfung hat Horst Köhler am 26. März auch dieses Gesetz unterzeichnet. Die Gesundheitsreform startet damit zum 1. April.

Kerstin Abeln

Das erste Mal verweigerte **Theodor Heuss** (1949-1959) 1951 seine Unterschrift – aus formalen Gründen. Dem Gesetz über die Verwaltung der Einkommens- und Körperschaftssteuer fehlte die Zustimmung des Bundesrats.

Heinrich Lübke (1959-1969) unterschrieb 1960 das Gesetz über den Betriebs- und Belegschaftshandel nicht, weil er die Freiheit der Berufsausübung (Artikel 12 Absatz 1) beeinträchtigt sah.

Gustav Heinemann (1969-1974) wies 1969 das Ingenieurgesetz und 1970 das Architektengesetz zurück. Der Bund sei dafür nicht zuständig.

Walter Scheel (1974-1979) stellte sich 1976 zunächst gegen die Abschaffung der Gewissensprüfung bei Wehrdienstverweigerern. Er vermisste die Zustimmung des Bundesrates. In neun weiteren Fällen fertigten Präsidenten Gesetze zwar aus, äußerten aber Bedenken. Dies betraf unter anderem den „Streikparagrafen“ 116 und die Neuregelung der Parteienfinanzierung.

Richard von Weizsäcker (1984-1994) hatte bereits 1991 Probleme mit der Privatisierung der Flugsicherung. Er stoppte die Änderung des Luftverkehrsgesetzes, weil er Artikel 87 d Absatz 1 verletzt sah, der die bundeseigene Verwaltung des Luftverkehrs festlegt. Er unterschrieb erst nach einer Verfassungsänderung, die eine privat-rechtliche Organisation erlaubte.

Aufsehen erregte **Johannes Rau** (1999-2004) am 20. Juni 2002 bei der Unterzeichnung des Zuwanderungsgesetzes. Er nahm Anstoß an der Abstimmung im Bundesrat, wo die uneinheitliche Stimmabgabe aus Brandenburg als Ja durchging. Er rügte das Verhalten des damaligen Ministerpräsidenten Manfred Stolpe (SPD) und seines Vertreters Jörg Schönbohm (CDU). Er regte einen Gang nach Karlsruhe an, wo das Gesetz kassiert wurde.

Horst Köhler (seit 2004) verweigerte erstmals einem Gesetzesvorhaben der großen Koalition die Unterschrift. Die vom Bundestag beschlossene Privatisierung der Deutschen Flugsicherung sei mit dem Grundgesetz unvereinbar, hieß es zur Begründung.

Darüber hinaus stoppte er das Verbraucherinformationsgesetz und damit das zweite Gesetzesvorhaben innerhalb von sechs Wochen. Er sah in dem Gesetz einen klaren Verstoß gegen das seit der Föderalismusreform geltende Verbot, den Kommunen durch ein Bundesgesetz neue Aufgaben zu übertragen.

Gesetzliche Krankenkassen erzielen Überschuss

Finanzentwicklung 2006 schafft weniger Spielräume als vermutet

Die positive Finanzentwicklung entlarvt die Schwarzmalerei der Kassen als substanzlos. Würden die Krankenkassen alle Möglichkeiten zum Sparen ausschöpfen, seien sie in der Lage, die Beiträge stabil zu halten. Bei dieser Bewertung des Finanzüberschusses der Krankenkassen hat Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt einmal mehr die Krankenkassen ins Visier genommen. Sie kritisierte erneut den Umfang der Beitragserhöhungen der Krankenkassen zum 1. Januar und geht somit davon aus, dass die Krankenkassen angesichts der günstigen Ausgabenentwicklung in der Lage sein werden, mit stabilen Beiträgen in das Gesundheitsfondsjahr 2009 zu starten.

Schwimmen die Krankenkassen tatsächlich im Geld? Sieht man sich die aktuellen Mitgliederverluste bei den Ortskrankenkassen an, die für diese Kassenart zumindest in einigen Bundesländern durchaus auch existenzgefährdend werden können, dann könnte man davon ausgehen, dass die Krankenkassen ihre Beitragserhöhungen in der Regel sorgfältig kalkuliert haben dürften.

Im Zweifelsfalle wird es Rat von

den Aufsichtsbehörden gegeben haben, die jede Beitragserhöhung dem Grunde und der Höhe nach genehmigen müssen. Dabei sollte man allerdings gewisse Unschärfen mit berücksichtigen. Die Findigkeit der Kassenchefs in der Vergangenheit, ihre tatsächliche Verschuldensituation gegenüber den Aufsichten zumindest weitgehend zu verschleiern, darf man getrost denselben Chefs auch zutrauen, wenn es im Gegenteil darum geht, nunmehr vorhandenes Vermögen zu verstecken.

Somit dürften zumindest manche der Beitragssatzerhöhungen zu Beginn dieses Jahres – beziehungsweise die jeweilige Höhe der Beitragssatzerhöhungen – mittelfristig kalkuliert worden sein. Bei der Einschätzung der Finanzentwicklung müssen folgende Faktoren berücksichtigt werden: Der Finanzüberschuss 2006 schmilzt dahin wie Butter in der Sonne, wenn man die Auswirkungen auf der Ebene der einzelnen Kassenarten betrachtet. Von den 1,73 Milliarden Euro sind gerade mal 275 Millionen Euro bei den Ortskrankenkassen angekommen. Besser sieht es da schon bei den Angestellten-Krankenkassen

aus, die einen Überschuss von 553 Millionen Euro verzeichnen konnten. Die Ausgabenentwicklung 2006 war – klammert man den Bundeszuschuss einmal aus – keineswegs „beitragsneutral“. Die Ausgaben wuchsen um 2,6 Prozent je Mitglied gegenüber einem Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen um nur 0,5 Prozent. Auch hier sind unterschiedliche Entwicklungen innerhalb der Kassenarten von Interesse. Bei den Ortskrankenkassen steht einem Anstieg der Ausgaben um 2,5 Prozent nur ein Einnahmenplus von 0,4 Prozent gegenüber. Die Angestellten-Krankenkassen verzeichnen einen Ausgabenanstieg um 2,3 Prozent, haben im vergangenen Jahr aber auch nur einen Einnahmewachstum von 0,3 Prozent erreicht.

Die „klugen Hausfrauen“ auf den Führungsetagen der Krankenkassen haben natürlich auch ein kleines Finanzpolster für das Angebot von Wahlтарifen ab dem 1. April eingeplant. In dem aufgeheizten Wettbewerb zwischen den Krankenkassen ist hier mit einem wahren Feuerwerk an Beitragsdifferenzierung zu rechnen.

GID

	GKV	AOK	BKK	IKK	LKK	SEE	BKN	EAR	EAN
Ärztliche Behandlung	2,8	3,8	3,4	1,6	5,0	4,9	6,4	2,3	1,6
Behandlung durch Zahnärzte ohne Zahnersatz	1,9	2,6	1,8	1,6	2,7	-3,2	7,6	2,5	1,0
Zahnersatz insgesamt	9,7	12,3	7,7	8,8	4,2	7,7	10,9	8,9	8,4
Arznei- und Verbandsmittel insgesamt	1,8	1,2	4,5	-0,5	2,1	0,0	-1,1	0,6	2,3
Summe Hilfsmittel	0,3	1,3	1,4	-4,6	2,4	0,1	3,7	-9,4	-0,2
Summe Heilmittel	1,1	2,3	1,8	2,1	1,3	-0,9	4,1	1,4	-0,6
Krankenhausbehandlung insgesamt mit stationärer Entbindung	2,7	2,6	5,1	1,5	2,9	2,3	2,5	1,6	2,4
Krankengeld	-3,0	-6,0	2,1	-10,8	-0,6	-3,7	-3,3	-5,5	-1,7
Fahrkosten	3,5	2,3	13,1	0,2	0,3	-3,0	3,9	-1,4	2,7
Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen	-1,5	-3,4	5,3	-5,1	4,1	6,2	0,2	4,0	-2,3
Soziale Dienste / Prävention	11,8	18,2	16,6	14,8	18,0	38,5	20,9	49,6	-0,6
Früherkennungsmaßnahmen	11,3	7,7	10,9	25,0	13,0	18,7	6,6	-4,5	14,0
Leistungen bei Schwangerschaft + Mutterschaft ohne stat. Entbindung	2,7	4,9	1,5	18,1	-3,4	38,6	7,3	5,1	-1,0
Häusliche Krankenpflege	9,2	7,5	17,5	5,0	8,7	1,1	8,0	-0,9	12,1
Ausgaben für Leistungen insg.	2,6	2,5	4,6	0,7	2,8	1,7	3,6	1,1	2,3
Netto-Verwaltungskosten	0,0	0,5	4,3	-4,6	0,7	-15,5	-3,2	0,5	-1,4
Beitragspflichtige Einnahmen (Mitglieder und Rentner)	0,5	0,4	0,6	3,2	0,0	-0,4	-3,2	1,0	0,3
Überschuss / Defizit (-) in Mio.	1.731	275	684	127	-32	1	-118	86	553
Allgem. Beitragssatz in v.H.									
1.-4. Quartal 2006	13,32	13,53	13,04	12,90	-	12,50	11,81	13,17	13,49
1.-4. Quartal 2005	13,72	13,89	13,44	13,48	-	12,43	11,95	13,25	13,89
1. Februar 2007	13,92	14,35	13,52	13,10	-	13,40	12,70	13,85	14,10

Minister sagte im Gespräch Unterstützung bei Ost-West-Angleichung zu

Vorstand der KZV traf sich mit Sozialminister Erwin Sellering

Bereits sehr frühzeitig, schon kurz nach dem Amtsantritt des neuen Sozialministers Erwin Sellering hatte der Vorstand der KZV Mecklenburg-Vorpommern Kontakt mit dem für die vertragszahnärztliche Versorgung zuständigen Ministerium aufgenommen und um ein persönliches Gespräch gebeten. Bot sich doch Anfang Januar die letzte Chance, auf der für den 17. Januar anberaumten letzten Sitzung des Gesundheitsausschusses des Bundestages über unsere Landesregierung unter Umständen noch wichtige Änderungsanträge zum WSG einbringen zu können.

Allerdings bestand aufgrund anderer ebenfalls dringlicher Termine keine Möglichkeit mehr, sodass das geplante Treffen zwischen dem Sozialminister Sellering und dem Vorstand erst am 28. Februar 2007 stattfinden konnte.

Den Vorstandsmitgliedern war es ein vorrangiges Bedürfnis, den zuständigen Landespolitikern und Mitarbeitern die Auswirkungen für die Zahnärzteschaft aus dem seit dem 1. Januar 2007 in Kraft getretenen VÄndG darzulegen und sie auch für die wichtigen Veränderungen aus dem WSG, das am 1. April dieses Jahres ebenfalls in Kraft treten wird, zu sensibilisieren. Trotz seiner umfassenden Beschäftigung mit dem Thema der Auswirkungen der Liberalisierung im Niederlassungsrecht – resultierend aus dem VÄndG – konnte Wolfgang Abeln aufgrund des sehr eng gesteckten Zeitrahmens einige wichtige Details nur anreißen, machte aber deutlich, wie wichtig es ist, diesbezüglich weiterhin in einem sehr engen Kontakt zu bleiben.

Der Minister nahm das Angebot sehr gerne an und er bekräftigte, wie wichtig ihm diesbezüglich die Zusammenarbeit mit der für diese Problematik zuständigen Körperschaft sei. Eine einheitliche Auffassung vertraten die Gesprächsteilnehmer hinsichtlich der Schaffung einer bundeseinheitlichen Vergütung zahnmedizinischer Leistungen für den Zeitpunkt der Schaffung des im GKV-WSG verankerten Gesundheitsfonds. Spätestens, wenn jede Krankenkasse aus diesem Fonds bundesweit für jeden GKV-Versicherten den gleichen Betrag



In einer offenen und konstruktiven Atmosphäre fand das Gespräch zwischen Sozialminister Erwin Sellering (M.) und dem Vorstand der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Wolfgang Abeln (L.) und Dr. Manfred Krohn statt. Foto: Sozialministerium

erhält, ist es nicht mehr zu vertreten, dass z. B. für die gleiche zahnärztliche Leistung ein unterschiedliches Honorar gezahlt wird. Für die Realisierung dieses politischen Zieles auch in unserem Bundesland sicherte der Minister seine volle Unterstützung zu. Es könne nicht angehen, dass dann 18 Jahre nach der deutschen Einheit hier nicht eine Ungleichbehandlung aufgehoben werde.

Ein weiteres dringliches Thema, über das wir vorab bereits den ebenfalls anwesenden Manfred Ruhberg informiert hatten, waren die grundsätzlichen Veränderungen ab 2008 im Bereich der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Diese ebenfalls im GKV-WSG verankerten Gesetzesvorgaben zielen vorrangig auf die Optimierung der Wirtschaftlichkeitsprüfung innerhalb der Ärzteschaft ab. Unter der Berücksichtigung der jetzt für uns als Zahnärzte geltenden Prüfvereinbarung ist die Praktikabilität aber nicht mehr gewährleistet. Es wurde vereinbart, weitere detaillierte Absprachen ab Mitte April mit Manfred Ruhberg vorzunehmen.

Einen Wermutstropfen hatte das ansonsten in einer sehr offenen und

konstruktiven Atmosphäre geführte Gespräch dann doch. Anlass war eine sowohl für den Vorstand der KZV, als auch die Vorsitzenden des Landesschiedsamtes nicht nachvollziehbare Beanstandung der Entscheidung des Landesschiedsamtes zur vertragszahnärztlichen Versorgung der Versicherten der AOK für das Jahr 2005. Das Landesschiedsamt hatte die Entscheidung zu fällen, ob es dem Antrag der KZV M-V zur Umsetzung des Paragraphen 85 (3d) SGB V (Ost-West-Angleichung) stattgibt. Nachdem es bereits in seiner Entscheidung am 1. März 2006 die Rechtsauffassung der KZV bei der Festlegung der Gesamtvergütung für das Jahr 2004 bestätigt hatte, dies damals ohne Beanstandung durch das zuständige Ministerium, ist die Beanstandung der dann am 1. November 2006 für die Gesamtvergütung 2005 gefällten Entscheidung nicht nachvollziehbar.

Die Mitglieder des Vorstandes baten den Minister, eindringlich, die Entscheidung seines Ministeriums nochmals eingehend zu prüfen, was auch zugesagt wurde. Eine Antwort steht bis zum heutigen Tage noch aus.

Dr. Manfred Krohn

Ende der Hängepartie an der Uni Rostock

Zahnärzteschaft begrüßt Vergleichsvorschlag – Kampf für die Erhaltung der Zahnmedizin erfolgreich beendet

„Wir begrüßen sehr, dass der Universitätssenat Rostock dem Vergleichsvorschlag zugestimmt hat“, so der Präsident der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, Dr. Dietmar Oesterreich.

„Auch wenn damit für die Universität schmerzhaft Einschnitte verbunden sind, ist mit der Annahme des Vergleichsvorschlags der seit 1993 ständig währende Kampf für die Erhaltung der Zahnmedizin erfolgreich beendet worden.“

Gemeinsam mit der Universität haben sich die Ärzte- und Zahnärzteschaft Mecklenburg-Vorpommerns und darüber hinaus die Bundeszahnärztekammer in den vergangenen Jahren für den Erhalt der Zahnmedizin in Rostock intensiv eingesetzt.

Die hohe Qualität der Ausbildung, wichtige Bereiche der spezialisierten Betreuung der Patienten, die Integration der Zahnmedizin als wichtiger Bestandteil der medizinischen Versorgung der Bevölkerung und die wissenschaftliche Forschung sowie

die Fortbildung der Zahnärzte und zahnärztlichen Mitarbeiter waren gewichtige Argumente für den Erhalt der Zahnmedizin.

Gleichzeitig verweist die Zahnärztekammer darauf, dass mit dieser Entscheidung endlich Planungssicherheit für die gesamte Rostocker Universität als wichtiger Wissenschaftsstandort Mecklenburg-Vorpommerns besteht. Dies gilt nach den vielen Jahren der „Hängepartie“ insbesondere für die Zahnmedizin.

Die Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern steht auch zukünftig als Kooperationspartner für die Profilbildung der Universitäten des Landes zur Verfügung, was in einem jüngsten Gespräch des Präsidenten der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern dem Rektor der Rostocker Universität gegenüber zum Ausdruck gebracht worden ist.

Pressemitteilung der ZÄK M-V

Anmerkung aus der Ostsee-Zeitung vom 23. Februar

Metelmann lobt Uni-Kompromiss

Ex-Bildungsminister Hans Robert Metelmann (parteilos) hat den von Landesregierung und Universität Rostock ausgehandelten Kompromiss zur künftigen Universitätsstruktur als „eine sehr gute Lösung“ bezeichnet.

„Die Handlungsfähigkeit von Hochschule und Landesregierung ist wieder hergestellt“, sagte Metelmann.

Es müsse sich nun zeigen, ob sich Rostock damit langfristig im Wettbewerb mit anderen Universitäten durchsetzen kann. Unter Metelmann als Bildungsminister und dem früheren Rektor Hans Jürgen Wendel war der Streit um die künftige Struktur der Uni Rostock, speziell die Zukunft der Juristenausbildung, eskaliert.

KZBV-Kostenstrukturerhebung 2005 – erste Ergebnisse liegen vor

Vorabauswertung zeigt rückläufige Umsätze und geringe Betriebsausgaben

Im Mai vergangenen Jahres hatte die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) die jährliche Kostenstrukturerhebung gestartet. Auf Grundlage der bis Mitte Oktober eingegangenen Fragebögen wurde nun eine Vorabauswertung durchgeführt, die aufgrund der Größe des Rücklaufs und des verwendeten Hochrechnungsrahmens bereits relativ genaue Ergebnisse liefert und von den endgültigen Daten kaum abweichen dürfte.

Für das Jahr 2005 haben sich zusammengefasst die in der Tabelle dargestellten Veränderungen ergeben (alle Werte neue Bundesländer).

Wie bereits mit der Kostenstrukturerhebung 2004 prognostiziert, war der Anstieg der Umsätze und der Einnahmenüberschüsse in 2004 ausschließlich aus Vorzieheffekten im Zahnersatzbereich bedingt und da-

<i>je Praxisinhaber</i>	<i>Veränderung 2005 zu 2004</i>
Umsatz	- 7,9 Prozent
Betriebsausgaben	- 8,2 Prozent
Einnahmen-Überschuss	- 7,4 Prozent

Bereits im Jahr 2005 waren Rückgänge bei den Umsätzen und den Betriebsausgaben zu verzeichnen. Im vergangenen Jahr hat sich dieser Trend fortgesetzt. Aufwendungen für Neu- und Ersatzinvestitionen bleiben weiter niedrig.

mit nicht von Dauer. Unter anderem durch die fehlende Übergangsregelung kam es im Jahr 2005 zu rückläufigen Umsätzen, aber auch zu geringeren Betriebsausgaben, zu denen auch die – durchlaufenden – Beträge für Fremdlabore zählen.

Bedenklich ist, dass die ebenfalls

in den Betriebsausgaben enthaltenen Aufwendungen für Neu- und Ersatzinvestitionen, die sich bereits seit langem auf sehr niedrigem Niveau bewegen, im Jahr 2005 noch einmal zurückgegangen sind.

KZBV

Neue Zahnklinik in Greifswald eröffnet

Interdisziplinärer Ansatz mit patientenorientiertem Lernen

Wie ein roter Faden zieht sich die Behandlungsplanung der Patienten durch das Gebäude. Die bisherigen Abteilungen in der Zahnheilkunde gibt es weiterhin, aber in der neuen Zahnklinik in der Walther-Rathenau-Straße 42 steht das patientenorientierte Lernen der Studierenden im Vordergrund. „Wir verfolgen einen interdisziplinären Ansatz“, erläutert der stellvertretende geschäftsführende Direktor des Zentrums für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Universität Greifswald, Prof. Dr. Reiner Biffar, der den Neubau betreut hat.

Die angehenden Zahnmediziner der Universität Greifswald sollen so die Chance haben, „nicht nur zwei



Die neue Zahnklinik im Bauhausstil erstrahlt im hellen Glanz.



Prof. Dr. Reiner Biffar im Behandlungsraum eines Studenten: „Wir können jederzeit zu Hilfe kommen.“

Wochen lang Zähne zu extrahieren, sondern die ganze zahnmedizinische Versorgung im Blick zu haben“, so Biffar. Nicht nur das Äußere des Gebäudes, das mit reichlich Glas versehen ist, lässt erahnen, was dies bedeutet. Transparenz und „viel Licht“ ist das oberste Gebot. Das ganze Haus ist so angelegt, dass Patienten bestmöglich versorgt werden können.

In jeder Etage gibt es „Lehrpraxen“ mit drei Behandlungsräumen der Assistenten, fünf für Studierende sowie einen Seminarraum und technische Räume wie Röntgen, Technik und Mundhygiene. „Hinter einer Tür praktiziert ein Assistent, da wo keine Tür ist, arbeitet der Studierende“, erläutert der Prodekan der Medizinischen Fakultät, Prof. Dr. Biffar. „Braucht

ein Student dringende, schnelle Hilfe, muss er nur winken“ – denn durch die Fenster ist er jederzeit zu sehen. Und dennoch sind Trennwände da, so dass der Patient nicht direkt auf andere Patienten blickt.

„Es gibt nicht meins und deins“, erläutert Biffar, „selbst die Schränke sind ähnlich aufgebaut, damit wir während der Behandlung alles blind finden.“ Zudem, lacht der Zahnmediziner, sei alles so „unbequem wie nötig“. Die Professoren hätten ihr Behandlungszimmer nicht direkt neben dem Dienstzimmer: „Der Professor ist für die Studierenden da“, sagt Biffar. Und Prof. Dr. Thomas Kocher ergänzt: „Das ist der Vorteil, wenn man sich ständig über den Weg läuft: Der Informationsfluss ist hervorragend.“

Anzeige

GÜSTROWER FORTBILDUNGSGESELLSCHAFT FÜR ZAHNÄRZTE

GFZ • Pfahlweg 1 • 18273 Güstrow • Tel. (0 38 43) 84 34 95 • E-Mail: info@zahnarztfisher.de • Internet: www.gfza.de

„Behandlungskonzept einer endodontischen Spezialistenpraxis“

Ein Seminar für Zahnärztinnen und Zahnärzte

Inhalte: Diagnose, modernes end. Behandlungskonzept, Aufbereitungsphilosophien, manuelle und maschinelle Aufbereitung, 3-D Füllung von Wurzelkanalsystemen, Wertung, Management komplexer klinischer Fälle, nichtchirurgische Revision u. v. a. m.

Referent: Dr. Oliver Pontius (Bad Homburg)

**Samstag, den 30. Juni 2007 von 8.30 bis 17.30 Uhr in Güstrow,
Kursgebühr: 325,00 € zzgl. MwSt., Punkte ZÄK: 8**

Im Erdgeschoss befindet sich neben dem Empfang und einer Röntgenabteilung die Poliklinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie. In den oberen Etagen sind die Bereiche Prothetik, Kieferorthopädie, Parodontologie und die Praxis für Kinderzahnheilkunde mit Narkoseraum. In einem dreigeschossigen Würfel von 36 x 36 Meter mit einem Innenhof bietet die im Bauhausstil errichtete Zahnklinik modernste Behandlungsmöglichkeiten.

Die niedergelassenen Zahnärzte der Umgebung durften schon einmal beim Tag der offenen Tür in der Klinik, die seit Anfang Januar in Betrieb ist, „schnuppern“, bevor am 14. Mai das Haus offiziell eröffnet wird. „Es ist eine überlegte Investition“, betont der „Bauherr“ Biffar, der die Zusammenarbeit mit Dr. Siegfried Lotz von der Stabsstelle Bau des Klinikums lobte. „Nicht jeder Behandlungsstuhl ist hochgerüstet.“ Vier Stühle sind jedoch mit Technik vom Feinsten ausgestattet: Mikroskop, Röntgen und



Prof. Dr. Thomas Kocher freut sich über den Behandlungsstuhl mit Mikroskop, Röntgen und Multimedia.

lich behandelt werden, so heißt es in der „geliehenen“ Zulassung. „Wir sind keine Konkurrenz für niedergelassene Zahnärzte“, betont Biffar. Die Parodontologen zum Beispiel be-



Viele niedergelassene Zahnärzte informierten sich beim Tag der offenen Tür über die Leistungen der neuen Zahnklinik. Fotos: Renate Heusch-Lahl

Multimedia – wobei Bildschirme inzwischen generell üblich sind. Ideale Bedingungen für die etwa 240 Studierenden und 35 Zahnärzte des Zentrums für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Universität Greifswald: „Wir sind von der Regionalliga in die erste Bundesliga aufgestiegen“, freut sich Urgestein Prof. Dr. Wolfgang Sümnick.

kämen rund 40 Prozent der Patienten durch Überweisung, 20 Prozent aus eigenem Antrieb und 40 Prozent werden innerhalb des Hauses vermittelt, berichtet Kocher. „Wir haben keinen Versorgungsauftrag, wir sind in erster Linie für Forschung und Lehre da“, unterstreicht Biffar, „aber für die Region ist es gut zu wissen, dass eine moderne Zahnklinik da ist.“

Maximal 13 800 Fälle können jähr-

Renate Heusch-Lahl

Anzeige



EURO-OSSEO 2007
Internationaler Implantologie-Kongress der European Academy of Implant Dentistry (EAID)

14. bis 16. Juni 2007
Hotel InterContinental, Hamburg

Programm

Donnerstag, 14. Juni 2007 / 19:00 – 21:00 Uhr
- Patientenveranstaltung unter der Moderation von Nina Ruge im Hörsaal A des Universitätshauptgebäudes – gegenüber vom Bahnhof Dammtor, Hamburg

Freitag, 15. Juni 2007 / 12:30 – 18:00 Uhr
- Workshops & Dentalausstellung

Samstag, 16. Juni 2007 ab 9:00 Uhr
- Main Podium für Kieferchirurgen & Zahnärzte
- Forum für Zahnzetherapeutinnen
- Forum für ZahntechnikerInnen
- Symposien der Industrie
- Dentalausstellung
- Gesellschaftsabend mit Barbecue-Buffer, Musik und Tanz auf der Alsterterrasse des Hotels InterContinental

Namhafte Referenten wie

- Prof. h.c. Dr. Dr. Götz Ehmann /
- PD Dr. Stefan Holst / Dr. Oliver Hugo /
- Günter Hübner / Dr. Ulrich Janke /
- Dr. Axel Kirsch / Dr. Marko Knauf /
- Prof. Dr. Reiner Mengel /
- Dr. Milan Michalides / ZTM Christian Moss /
- PD Dr. Emeka Nkenke / Dr. Ole Richter /
- Dr. Michael Sachs /
- Prof. Dr. Wolfgang Sprekels /
- ZTM Olaf van Iperen / Dr. Ulrich Volz /
- Martina Wiesemann / Dr. Peter Windisch

Veranstalter

European Academy of Implant Dentistry (EAID)
www.eaid-academy.de

Dr. (H) Peter Borsay

Wissenschaftlicher Leiter der EAID & Präsident der Deutschen Gesellschaft für moderne Zahnheilkunde e.V. (DGMZ)

Kongressorganisation



Tel.: +49 (03643) 2468-0
Fax: +49 (03643) 2468-31
URL: www.kukm.de

Stets aktuelle Programm-Informationen, sowie die Möglichkeit der Anmeldung zu Kongress und Hotelübernachtung finden Sie unter:

www.euro-osseo2007.com

Vorläufiges Programm

16. Zahnärztetag

der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern

58. Jahrestagung

der Mecklenburg-Vorpommerschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und
Kieferheilkunde an den Universitäten Greifswald und Rostock e.V.

31. August – 2. September 2007

Rostock-Warnemünde, Hotel Neptun



Themen:

1. Stand und Entwicklung der Zahnärztlichen Prothetik

2. Professionspolitik

3. Aus der Praxis für die Praxis

Wissenschaftliche Leitung:

Prof. Dr. Heinrich von Schwane-
wede, Rostock

Standespolitische Leitung:

Dr. Dietmar Oesterreich,
Stavenhagen

Organisatorische Leitung:

Peter Ihle, Schwerin
Dr. Marion Seide, Parow
Angelika Radloff, Stavenhagen

Organisatorische Hinweise

Tagungsort: Bernsteinsaal des Hotels
„Neptun“, Seestr. 19, 18119 Warne-
münde

Anmeldung: Zahnärztekammer
M-V, Wismarsche Str. 304, 19055
Schwerin, Internet: www.zaekmv.de,
Tel. (03 85) 5 91 08-0,
Fax: (03 85) 5 91 08-20

Unterkunft: Da die Reservierung
der Unterkünfte nicht durch die Ge-
schäftsstelle der Zahnärztekammer

erfolgen kann, möchten wir Sie bit-
ten, dies umgehend selbst vorzuneh-
men.

Vorschlag: Hotel „Neptun“, Seestr.
19, 18119 Warnemünde, Tel. (03 81)
77 70 (Bitte unter dem Stichwort
„Zahnärztetag“ bis 15. Juli buchen.).

Fachausstellung: Während der Ta-
gung findet eine repräsentative Fach-
ausstellung der Dentalindustrie statt.

Helferinnentagung: Am Sonnabend,
den 1. September 2007, findet paral-

lel im Kurhaus Warnemünde die 15.
Fortbildungstagung für Zahnärzthel-
ferinnen der Zahnärztekammer
Mecklenburg-Vorpommern statt.

Die Anmeldung erfolgt über das Re-
ferat ZFA/ZAH der Zahnärztekam-
mer Mecklenburg-Vorpommern.

**Der Versand der Flyer (Zahnärzte-
tag, Helferinnentagung) mit den
Anmeldekarten erfolgt zusammen
mit dem Fortbildungsprogramm
der ZÄK M-V für das zweite Halb-
jahr Anfang Mai.**

Freitag, 31. August

13.00 Uhr **Eröffnung der Dentaiausstellung**

13.30 Uhr **Eröffnung der Tagung durch den Präsidenten der Zahnärztekammer, Dr. Dietmar Oesterreich, und die Vorsitzende der Wissenschaftlichen Gesellschaft, Prof. Dr. Rosemarie Grabowski**

13.45 Uhr Ergebnisse der DMS IV-Studie und ihre Herausforderungen und Konsequenzen für den zahnärztlichen Versorgungsalltag, Dr. Dietmar Oesterreich, Stavenhagen

Thema: Stand und Entwicklung der Zahnärztlichen Prothetik

14.30 Uhr Einführung in die Thematik, Prof. Dr. Heinrich von Schwanewede, Rostock

14.50 Uhr Wohin entwickelt sich die zahnärztliche Prothetik?, Prof. Dr. Thomas Kerschbaum, Köln

15.30 Uhr Diskussion und Pause

16.15 Uhr Therapieplanung und -entscheidung – gibt es heute noch Dogmen?, Prof. Dr. Michael Walter, Dresden

16.45 Uhr Zur Biokompatibilität und Indikation dentaler Werkstoffe aus prothetischer Sicht, Prof. Dr. Jürgen Geis-Gerstorfer, Tübingen

17.15 Uhr Funktionsanalyse – Pflicht und Kür, Prof. Dr. Jens C. Türp, Basel

17.45 Uhr Diskussion

Samstag, 1. September

9.00 Uhr Aufbau endodontisch behandelter Zähne aus heutiger Sicht, Dr. Michael Naumann, Berlin

9.30 Uhr Rekonstruktion von Frontzähnen und Frontzahnlü-



cken - Vollkeramik versus Metallkeramik, Prof. Dr. Matthias Kern, Kiel

10.00 Uhr Diskussion und Pause

10.45 Uhr Therapie im Abrasionsgebiss – Risiken und Nutzen, Prof. Dr. Wolfgang B. Freesmeyer, Berlin

11.15 Uhr In-vivo-Beurteilung intraoraler Strukturen und Restaurationen mittels konfokaler Laser-Scanning-Mikroskopie, Martin Burmeister, Rostock

11.30 Uhr Diskussion und Pause

12.15 Uhr Mitgliederversammlung der Wissenschaftlichen Gesellschaft (mit Imbiss)

14.30 Uhr **Aus der Praxis für die Praxis** - gestaltet von der ZÄK Hamburg
- Präprothetische Kieferorthopädie, Priv.-Doz. Dr. Hanna Scheuer, Hamburg
- Praktische Erfahrung mit Zirkonoxid, Carsten Fischer, Hamburg

16.30 Uhr **Praxisseminare:**

Seminar 1: Das Abrasionsgebiss – Vorbehandlung mittels Okklusionsschienen, Prof. Dr. Wolfgang B. Freesmeyer, Berlin

Seminar 2: Kombiniert festsitzend herausnehmbarer Zahnersatz - ästhetisch und funktionell anspruchsvolle Lösungen überwiegend ohne Implantate, Prof. Dr. Heiner Weber, Tübingen

Seminar 3: Honorarverteilung 2007 unter Berücksichtigung des VÄndG,

Dipl.-Betw. Wolfgang Abeln, Schwerin

20.00 Uhr Geselliger Abend mit Tanz und Büfett in der Festscheune Karls Erdbeerhof Rövershagen

Sonntag, 2. September

9.00 Uhr Hightech-Innovationen in der zahnärztlichen Prothetik - Nutzen für den Patienten?, Prof. Dr. Hans-Christian Lauer, Frankfurt/Main

9.30 Uhr Komplikationen und unkonventionelle Lösungen in der zahnärztlichen Prothetik, Prof. Dr. Heiner Weber, Tübingen

10.00 Uhr Zahnärztlich-prothetische Versorgung älterer Menschen, Prof. Dr. Helmut Stark, Bonn

10.30 Uhr Diskussion und Pause

11.15 Uhr Die prothetische Versorgung bei älteren Einwohnern aus Vorpommern und England - ein interkultureller Vergleich, Ines Polzer, Greifswald

11.30 Uhr Lebensqualität als Ergebnis zahnärztlich-prothetischer Behandlung – klinischer Erfolg und seine Relevanz für den Patienten, Prof. Dr. Guido Heydecke, Freiburg/Breisgau

12.00 Uhr Zahnärztlich-prothetische Behandlungsfälle im Rechtsstreit, Prof. Dr. Dr. Ludger Figgenger, Münster

12.30 Uhr Diskussion

13.00 Uhr Ende der Tagung

Fortbildung im Mai und Juni (1)

11. Mai 4 Punkte
Arbeitsrecht in der zahnärztlichen Praxis
Rechtsanwalt P. Ihle
15 – 18 Uhr, Trihotel am Schweizer Wald
Tessiner Straße 103, 18055 Rostock
Seminar Nr. 42
Seminargebühr: 75 €

12. Mai 8 Punkte
Parodontitistherapie in der Praxis
Prof. Dr. H. Jentsch
9 – 15 Uhr, Klinik und Polikliniken für ZMK
Stempelstraße 13, 18057 Rostock
Seminar Nr. 43
Seminargebühr: 230 €

12. Mai 8 Punkte
Die Überführung der therapeutischen Schienenposition in die definitive prothetische Rekonstruktion
Dr. T. Mundt, Dr. G. Tauche
9 – 17 Uhr, Zentrum für ZMK
Rotgerberstraße 8, 17487 Greifswald
Seminar Nr. 44
Seminargebühr: 200 €

16. Mai
Aktualisierungskurs Kenntnisse im Strahlenschutz (für ZAH/ZFA)
PD Dr. P. Machinek,
Dr. Ing. K.-P. Führ
15 – 18 Uhr, Mercure Hotel
Am Gorzberg, 17489 Greifswald
Seminar Nr. 66
Seminargebühr: 30 €

16. Mai
Aktualisierungskurs Kenntnisse im Strahlenschutz (für ZAH/ZFA)
Dr. E. Zschunke,
Dipl.-Stom. S. Neubert
15 – 18 Uhr, Hotel am Ring
Große Krauthöfer Straße 1,
17033 Neubrandenburg
Seminar Nr. 67
Seminargebühr: 30 €

16. Mai
Aktualisierungskurs Kenntnisse im Strahlenschutz (für Personen ohne abgeschlossene sonstige medizinische Ausbildung)
Prof. Dr. U. Rother, Dr. R. Bonitz
14.30 – 19.30 Uhr, Trihotel am Schweizer Wald
Tessiner Straße 103, 18055 Rostock
Seminar Nr. 68
Seminargebühr: 40 €

Aufbau eines E-Mail-Verteilers

Bitte E-Mail-Adressen angeben

Die Zahnärztekammer beabsichtigt, zukünftig gesundheits-, berufs- und standespolitische Mitteilungen sowie aktuelle Meldungen zur zahnärztlichen Praxisführung möglichst kurzfristig ihren Mitgliedern zur Verfügung zu stellen. Die für den Zahnarzt informativen und nützlichen Meldungen, ge-

speist aus verschiedenen Quellen, sollen als Newsletter per E-Mail verteilt werden. Dazu bittet die Zahnärztekammer M-V alle Kammermitglieder um Mitteilung der aktuellen E-Mail-Adresse an das Referat Mitgliederwesen, Jana Voigt, Tel. 03 85-5 91 08-17 oder per E-Mail an j.voigt@zaekmv.de.

Nichtsetzungsgemäße Ausschüsse für die 5. Wahlperiode bestellt

Der Vorstand hat in seiner Sitzung am 21. Februar die Mitglieder nicht ständiger Ausschüsse sowie weitere Referenten und den Kammeranwalt für die laufende Legislaturperiode wie folgt neu bestellt:

Prüfungsausschuss Oralchirurgie:

Prof. Dr. Dr. Joachim Härtel, Rostock
Prof. Dr. Wolfgang Sümnick, Greifswald
PD Dr. Ingrid Sonnenburg, Güstrow

Prüfungsausschuss Kieferorthopädie:

Prof. Dr. Rosemarie Grabowski, Rostock
Prof. Dr. Tomasz Gedrange, Greifswald
Dipl.-Stom. Holger Donath, Teterow

Praxisbewertungsausschuss:

Dipl.-Stom. Holger Donath, Teterow
Dr. Peter Berg, Schwerin
RA Peter Ihle, Schwerin

Ausschuss Zahnärztliche Berufsausübung und Hygiene:

Dipl.-Stom. Holger Donath, Teterow
Dipl.-Stom. Lars-Peter Boger, Neubukow
ZA Carsten Hinz, Neustrelitz
Als Mitarbeiter der Geschäftsstelle:
Dipl.-Phys. Konrad Curth

Schlichtungsausschuss Helferinnenwesen:

Dr. Regina Noster, Franzburg
ZAH Silvia Steinberg, Rostock
RA Peter Ihle, Schwerin
Stellvertreter:
Dr. Klaus-Dieter Knüppel, Rostock
ZAH Yvonne Kuhn, Schwerin

RA Philipp von Wrangell, Schwerin
Widerspruchsausschuss:
Dipl.-Med. Christine Lehmann, Schwerin
Dr. Frank Schubert, Sternberg
Dr. Peter Schletter, Neustadt-Glewe
RA Peter Ihle, Schwerin

Zahnärztliche Stelle für Röntgendiagnostik:

Prof. Dr. Uwe Rother, Hamburg
Dr. Ernst Zschunke, Schwerin
Dipl.-Stom. Silke Neubert, Schwerin
Dr. Peter Machinek, Rostock
Dr. Ralf Bonitz, Wismar
Dr.-Ing. Klaus-Peter Führ, Rostock

Ausschuss Alterszahnheilkunde und Behindertenbehandlung:

Dr. Holger Kraatz, Satow
Dr. Hartmut Beitz, Heringsdorf
Dr. Frank Großkopf, Ueckeründe
Dr. Thomas Klinke-Wilberg, Greifswald
Dipl.-Stom. Frank Zech, Rostock

Referentin für die Belange der Zahnärztinnen:

Dr. Ingrid Buchholz,
Neubrandenburg

Referent für die Belange der Senioren:

Dr. Peter Berg, Schwerin

Kammeranwalt

Hauptgeschäftsführer RA Peter Ihle wurde ab dem 28. Februar als Kammeranwalt abberufen. Ab dem 1. März 2007 wurde RA Franz-Joachim Hofer, Geschäftsführer der Rechtsanwaltskammer Mecklenburg-Vorpommern, zum neuen Kammeranwalt der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern bestellt. ZÄK M-V

Zulassungsbeschränkungen entfallen ab 1. April 2007

Mit dem voraussichtlichen Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) zum 1. April 2007 entfallen für den vertragszahnärztlichen Bereich Zulassungsbeschränkungen für übertersorgte Gebiete. Dieses hat zur Folge, dass

- ab diesem Zeitpunkt Zulassungsanträge nicht mehr mit der Begründung „bestehende Übertersorgung in dem betreffenden Planungsbereich“ zurückgewiesen werden
 - die Genehmigung zur Beschäftigung von angestellten Zahnärzten ohne Auferlegung von Leistungsbeschränkungen erfolgt
 - Nachbesetzungsverfahren und die Genehmigung von beschränkten Zulassungen bei Gemeinschaftspraxen nicht mehr notwendig sind
- Bislang bestehen Zulassungsbeschränkungen in den allgemein-zahnärztlichen Planungsbereichen Greifswald, Neubrandenburg, Rostock, Schwerin, Stralsund, Wismar, Güstrow, Mecklenburg-Strelitz, Nordvorpommern, Ostvorpommern und Rügen und in den kieferortho-

pädischen Planungsbereichen Greifswald und Schwerin.

Sofern das GKV-WSG tatsächlich zum 1. April 2007 in Kraft tritt, wird der Zulassungsausschuss rückwirkend zum 1. April 2007 von Amts wegen in Umsetzung der dann voraussichtlich bestehenden Gesetzeslage (keine gesperrten Gebiete mehr) die derzeit noch bestehenden Leistungsbeschränkungen für Zahnarztpraxen bzw. Beschränkungen in der Zulassung von Gemeinschaftspraxen aufheben.

Die Kassenzahnärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern wird auch nach dem 1. April 2007 Bedarfspläne zur Feststellung des Versorgungsgrades in den einzelnen Planungsbereichen erstellen. Sie dienen zum einen der Beratung von Zahnärzten und zum anderen dem Landesausschuss für die Feststellung von bestehenden oder in absehbarer Zeit drohenden Unterversorgungen.

Ursula Plüchhahn

Daten & Fakten abrufbar

Die neue Ausgabe des Faltblattes mit statistischen Basisdaten zur zahnärztlichen Versorgung liegt jetzt vor.

Das von der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und der Bundeszahnärztekammer jährlich herausgegebene Falblatt gibt einen Überblick über die wichtigsten Daten der zahnärztlichen Versorgung. Es enthält unter anderem Angaben zur Entwicklung der Zahnärztezahlen sowie Daten zur zahnärztlichen Behandlung und Zahngesundheit in Deutschland. Einzelexemplare der Printausgabe sind kostenlos erhältlich.

Dieses kann bei Bedarf den Internetauftritten beider Organisationen (www.kzbv.de oder www.bzaek.de) mittels Download entnommen werden oder direkt bei KZBV oder BZÄK angefordert werden.



Freie Kursplätze im ZMV-Kurs in Rostock

Das Referat ZAH/ZFA möchte auf die Möglichkeit hinweisen, dass Interessentinnen, die bereits einen Abschluss zur „Fortgebildeten Zahnarzhelferin im Bereich Verwaltung“ erworben haben, sich noch zum

ZMV-Kurs anmelden können.

Kursbeginn ist der 21. April 2007 in Rostock. Für Auskünfte steht Annette Krause unter der Telefonnummer 03 85-5 91 08 24 zur Verfügung.

Referat ZAH /ZFA

Fortbildung im Mai und Juni (2)

9. Juni 10 Punkte

Implantologie Einführungskurs, mit Übungen am Kunststoffkiefer
Dr. S. Görrissen, ZA T:Gottwald
9 – 17 Uhr, Zahnärztekammer
Mecklenburg-Vorpommern
Wismarsche Straße 304,
19055 Schwerin
Seminar Nr. 49
Seminargebühr: 240 €

13. Juni

Erbrecht und Vermögensnachfolge im Todesfall
Rechtsanwalt Ph. v. Wrangell
15 – 18 Uhr, Radisson SAS Hotel
Trepower Straße 1,
17033 Neubrandenburg
Seminar Nr. 50
Seminargebühr: 90 €

16. Juni 7 Punkte

Rationale Antibiotikatherapie und -prophylaxe in der zahnärztlichen Praxis bei Erkrankungen und Eingriffen im ZMK-Bereich
Dr. R. Eyeremann
9 – 15 Uhr, Mercure Hotel
Am Gorzberg, 17489 Greifswald
Seminar Nr. 52
Seminargebühr: 200 €

23. Juni 6 Punkte

Medikamentöse Therapie in der Parodontologie
Prof. Dr. H. Jentsch
9 – 13 Uhr, Zahnärztekammer M-V,
Wismarsche Straße 304,
19055 Schwerin
Seminar Nr. 53
Seminargebühr: 120 €

23. Juni 9 Punkte

Präprothetische Endodontie und post-endodontische Versorgung
Priv.-Doz. Dr. D. Pahncke,
Dr. G. Letzner
9 – 16 Uhr, Ramada Hotel Rügen
Stralsunder Chaussee 1,
18528 Bergen/Rügen
Seminar Nr. 54
Seminargebühr: 235 €

Das Referat Fortbildung ist unter Tel. 03 85-5 91 08 13 und Fax 5 91 08 23 zu erreichen. Weitere Seminare, die planmäßig stattfinden, jedoch bereits ausgebucht sind, werden an dieser Stelle nicht mehr aufgeführt (siehe dazu im Internet unter www.zaekmv.de – Stichwort Fortbildung).

Wie schädlich ist „In-office“-Bleaching?

Das Bleichen mit einem handelsüblichen „In-office“-Bleichgel mit 35 Prozent Carbamidperoxid demineralisiert die Zähne. Die Behauptung, dass „In-office“-Bleichen eine unschädliche kosmetische Prozedur sei, müsse deshalb überdacht werden, warnen Wissenschaftler der University of Leeds. Die englischen Forscher wiesen in vitro eine signifikante Reduktion des Mineralgehaltes in einer Tiefe bis zu 250 µm im Schmelz nach. Quelle: Zahnmedizin Report 11/2006 N. Efeoglu, D.J. Woodn, C. Efeoglu: Thirty-five percent carbamide peroxide application causes in vitro demineralization of enamel;

Dental Materials, veröffentlicht online am 25. September 2006

aus MBZ 2/2007

Wie finde ich einen D-Arzt?

Zur Dokumentation von Unfällen in der Praxis (Nadelstichverletzungen aber auch sonstiger Arbeits- und Wegeunfälle) wird aus forensischen Gründen dringend empfohlen, dass der Verletzte/Verunfallte nach der Erstversorgung das Geschehen von einem von der Berufsgenossenschaft bestellten D-Arzt dokumentieren lässt. Auf den Internetseiten des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften finden Sie die Möglichkeit der Suche nach D-Ärzten nach PLZ und Ort unter: http://www.hvbg-service.de/cgi-bin/suche_da?fpg=ft_inh.htm ZÄK M-V

„Gesund beginnt im Mund – auch die Zähne leben länger“

Vorbereitungen für „Tag der Zahngesundheit“

Das Motto des diesjährigen Tages der Zahngesundheit „Gesund beginnt im Mund – auch unsere Zähne leben länger“ weist darauf hin, dass mit einer zunehmenden Lebenserwartung der Bevölkerung auch die Zähne länger ihren Dienst tun müssen.

Die Vollversammlung des Aktionskreises zum Tag der Zahngesundheit, dem rund 30 Organisationen angehören, bietet mit diesem Thema den vielen regionalen Aktionen eine breite Plattform, um im Sinne einer strikt „präventionsorientierten Zahnheilkunde“ die im Wortsinne „langlebigen“ Erfolge von Prophylaxe herauszustellen – als dauerhafte

Aufgabe für den Einzelnen (Verhaltensprävention) als auch für Organisationen und Gemeinden (Verhältnisprävention).

Bei der diesjährigen zentralen Pressekonferenz, die für Freitag, 7. September 2007, in Berlin geplant ist, steht „die Bevölkerungs“ als Zielgruppe im Mittelpunkt

des wissenschaftlichen Beitrages (präsentiert von Prof. Dr. Christian H. Splieth/Greifswald). An vier thematischen Aspekten, nämlich

- Milchzähne
- Karies (auch mit dem Aspekt Wurzelkaries)
- Parodontitis
- Risiken (Medikamente, Rauchen, Ernährung...)

– sollen die folgenden fachlichen Bot-

schaften übermittelt werden:

Welche Lebensdauer hat/hätte ein (Milch-)Zahn und was für Gründe gibt es, dass er vorher „ausfällt“? Was muss man wissen, um Schäden vorzubeugen und vorzeitigen Zahnverlust verhindern zu können?

Bei der Pressekonferenz werden außerdem die Bundeszahnärztekammer und die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen darlegen, welche Konsequenzen die aktuellen wissenschaftlichen Ergebnisse und Erkenntnisse – auch aus der kürzlich veröffentlichten Deutschen Mundgesundheitsstudie DMS IV – auf die Konzeptarbeit und das zukünftige Handeln von Zahnärzteschaft und Sozialversicherungsträgern haben werden.

Ab sofort wird die Website www.tag-der-zahngesundheit.de regelmäßig aktualisiert. Der Aktionskreis ruft dazu auf, dass weit mehr Akteure

als bisher das Internet-Angebot nutzen sollten – z. B., um ihre zum Tag der Zahngesundheit geplanten Veranstaltungen hier einzustellen. Die Website wird auch von regionalen Medien genutzt, um interessante Veranstaltungen im Einzugsbereich von Zeitungen und Radio/TV zu erfragen. Informationen zum Vorgehen gibt es auf der genannten Website.

Presseinformation des Aktionskreises



als bisher das Internet-Angebot nutzen sollten – z. B., um ihre zum Tag der Zahngesundheit geplanten Veranstaltungen hier einzustellen. Die Website wird auch von regionalen Medien genutzt, um interessante Veranstaltungen im Einzugsbereich von Zeitungen und Radio/TV zu erfragen. Informationen zum Vorgehen gibt es auf der genannten Website.

Arzneimittelverzeichnis ROTE LISTE® 2007

Fachinformationen über Arzneimittel für Ärzte und Zahnärzte im Internet

Das Arzneimittelverzeichnis ROTE LISTE® und der FachInfo-Service wird seit dem Jahr 2006 von der Herausgeberin, der Rote-Liste-Service GmbH, selbst verlegt und betreut.

Die aktuellen Arzneimittel-Fachinformationen sind im Internet unter www.rote-liste.de sowie unter der

Adresse www.fachinfo.de zu finden.

Die Informationen sind kostenlos verfügbar, da seit 1987 pharmazeutische Unternehmen nach dem Arzneimittelgesetz verpflichtet sind, den Fachkreisen eine Fachinformation über neu zugelassene Arzneimittel zur Verfügung zu stellen.

Nach dem Arzneimittelgesetz dürfen die Informationen nur denjenigen zugänglich gemacht werden, die den Fachkreisen (Ärzte, Zahnärzte, Apotheker) angehören. Voraussetzung für den Zugang ist daher eine einmalige Registrierung mit Username und Passwort-Eingabe.

Einsatz eines Herbstscharniers

Beantragung, Leistungserbringung und Abrechnung nach BEMA 2004

Bis zum Jahr 2004 war die Anwendung des Herbstscharniers als Vertragsleistung teilweise ungeklärt. Der neue BEMA nahm dieses wirkungsvolle und wirtschaftliche Gerät zur Bisseinstellung als Vertragsleistung im Rahmen der Konkretisierung der Verankerungs- und extraoralen Geräte zu einer festsitzenden Behandlung auf. Das Scharnier und seine Modifikationen sind keine „Noncompliance“-Geräte, sondern durch ihren Druckmechanismus im Unterschied zu Klasse-II-Gummizügen nicht bisssenkend, was bei den häufig mit einem Tiefbiss verbundenen Unterkieferrücklagefällen eine große Hilfe für Behandler und Patienten sein kann.

Es gibt praktisch kein Alternativgerät für diese speziellen Indikationen nach dem Zahnwechsel. Mit einigen Vertragspartnern besteht Uneinigkeit über die wirtschaftliche und funktionsfähige Form des Gerätes nach BEMA 131 b, auch über die Anzahl der zu beantragenden Positionen. Nach BEMA ist je eine 131 b mit viermal 126 b (Bänder zum Befestigen) verknüpft. Da man zur Verankerung eines zweiseitigen konventionellen Scharniers fachlich unbestritten mindestens acht Bänder benötigt, folgt, dass bei doppelseitiger Anwendung zweimal 131 b zuzüglich achtmal 126 b benötigt werden, sonst kann kein funktionierendes Gerät eingesetzt werden.

Bei der wesentlich seltener zur Anwendung kommenden einseitigen Variante käme einmal 131 b und viermal 126 b zur Planung (Indikation Mittenkorrektur Unterkiefer bei einseitiger Rücklage z. B.). Aus der unterschied-

lichen Auffassung mit einigen Krankenkassen über diesen Sachverhalt heraus stellte die KZV eine Anfrage an die KZBV. In deren Stellungnahme im KZBV-Rundbrief vom 22. Februar heißt es dazu: „Grundsätzlich sollte die Anwendung des Herbstscharniers doppelseitig erfolgen. In diesen Fällen kann die Geb.-Nr. 131 b des BEMA zweimal abgerechnet werden. Jedes Herbstscharnier benötigt zur Befestigung vier Bänder, sodass bei Einsatz eines doppelseitigen Herbstscharniers zweimal vier Bänder abgerechnet werden können. Der Einsatz eines einseitigen Herbstscharniers wird als wenig sinnvoll, in Einzelfällen aber als effektiv und effizient beschrieben. Über den Einsatz des einseitigen Herbstscharniers entscheidet der Behandler nach Maßgabe von Paragraph 12 SGB V. In diesen Fällen ist die Geb.-Nr. 131 b einmal und die Geb.-Nr. 126 b viermal ansetzbar...“ Im weiteren Text wird auf die strenge Indikation des Herbstscharniers Bezug genommen. Die Problematik bedurfte in einem weiteren Schriftwechsel mit der KZBV der Klärung. Im KZBV-Text wird ein Beispiel beschrieben. Verbindlich bleibt der BEMA-Text.

Diese Indikation für die vertragszahnärztliche Behandlung ist auf die Fälle „...bei spätem Behandlungsbeginn, wenn der Wachstumshöhepunkt überschritten ist und die Bisslagekorrektur mit konventionellen Maßnahmen nicht erreicht werden kann“ (BEMA-Originaltext zu 131 b) beschränkt. Eine Altersgrenze kann hier nicht gezogen werden, da der Wachstumshöhepunkt individuell variiert

und gegebenenfalls bestimmt werden muss im Zusammenhang mit der Beantragung des Herbstscharniers. Aus der Tatsache, dass der Wachstumshöhepunkt überschritten sein muss und der Erkenntnis, dass Herbstscharniere eine dentoalveoläre Wirkung von 80 Prozent und mehr haben, folgt die ebenfalls strenge medizinische Beschränkung auf Behandlungsfälle, bei denen z. B. keine Protrusion der unteren Frontzähne vorliegt oder die keinesfalls zur Bissöffnung neigen dürfen. Die Hinweise der Hersteller müssen im Rahmen des Medizinproduktegesetzes Beachtung finden.

Dr. Jens-Uwe Kühnert
 Fachberater für Kieferorthopädie
 des Vorstands der KZV M-V

Verstopfte Postfächer durch Spam-Mails

Innerhalb des letzten halben Jahres ist der Anteil von Image-Spam – das sind E-Mails, deren unerwünschter Inhalt aus einer Bilddatei besteht und die auf diese Weise die Filter umgehen – auf 35 Prozent aller Junkmails angestiegen. Sie beinhalten häufig chaotische, unsinnige Texte, die dem Grundmuster seriöser Sites entsprechen, aber in aggressive Werbeseiten für Viagra und andere populäre Medikamente eingefügt werden. Weil die Spams die herkömmlichen Spamfilter, die nur Texte überprüfen können, via Bilder geschickt ausschalten, sind sie ein ernsthaftes Problem: Server und Postfächer werden verstopft und müssen mühsam per Hand gesäubert werden.

Anzeige

Vollkeramik – was ist reif für die Praxis?

Vollkeramische Restaurationen gelten als biokompatibel und ästhetisch

Zurzeit ist vollkeramischer Kronen- und Brückenersatz als gleichartige Leistung Festzuschuss berechtigt. Ziel des Beitrags ist es, einen kurzen Überblick über die Hauptgruppen der zur Verfügung stehenden vollkeramischen Materialien zu geben und an Hand von ausgewählter Literatur zu bewerten.

Überblick über die Keramiken

Für den Dentalbereich stehen heute im Wesentlichen drei Arten von Keramiken zur Verfügung:

- Silikatkeramiken** bestehen aus einer kristallinen Phase und einer amorphen Glasphase. Grundbestandteile sind vor allem Feldspat und Quarz. Die Atome der kristallinen Phase besitzen regelmäßig geordnete Abstände unter bestimmten Winkeln. Sie sind als so genanntes Kristallgitter definiert. Die Glasphase besteht aus unregelmäßig angeordneten Atomen, deren Winkel und Abstände ungeordnet sind. Die Transparenz der Glasphase ist mit entscheidend für das natürliche zahnähnliche Erscheinungsbild, verhält sich aber gegenüber mechanischen und chemischen Belastungen instabiler als die kristalline Phase.
- Glasinfiltrierte Oxidkeramiken** bestehen primär aus einem oxidkeramischen Kristallgefüge, das sekundär glasinfiltriert (Lanthanglas) ist. Es gibt drei verschiedene glasinfiltrierte Oxidkeramiken: Vita In-Ceram Spinell (oxidkeramische Bestandteile: $MgAl_2O_4$), Vita In-Ceram Alumina (Al_2O_3) und Vita In-Ceram Zirkonia (Al_2O_3 und ZrO_2).
- Polykristalline Oxidkeramiken** sind durch einen über 90-prozentigen Anteil einkomponentiger und einphasiger Metalloxide gekennzeichnet. Dies sind Aluminiumoxid (Al_2O_3) oder Zirkondioxid (ZrO_2). Für die polykristallinen Oxidkeramiken sind dicht gepackte, homogene kristalline Strukturen kennzeichnend.

Belastbarkeit von Keramiken:

Herkömmliche Silikatkeramiken dienen schon seit über 30 Jahren als Verblendmassen. Daneben sind sie mit einer initialen Biegefestigkeit

von bis zu etwa 140 MPa für Inlays, Teilkronen, Veneers und Einzelkronen geeignet. Voraussetzung für die Langlebigkeit von Einzelzahnrestorationen aus Silikatkeramiken ist die adhäsive Befestigung durch Verklebung der Keramik mit der Zahnhartsubstanz.

Die Keramiken können in Sinter-technik (Schichtaufbau), durch Guss-/Presstechniken oder mittels computerunterstützter Fräs- und Schleifverfahren aus Blockmaterial formgebend gestaltet werden. Während die traditionelle Silikatkeramik leucitverstärkt ist, wurde bei besonders stabilen Glaskeramiken wie z. B. bei der IPS e.max Press/CAD Gerüstkeramik der Anteil der Kristallphase erhöht und Lithiumdisilikat und Lithiumorthophosphat eingebaut. Daher ist das Material für Kronenkappen und als Gerüstmaterial für kleinere Endpfilerbrücken bis zum Prämolarenbereich auch bei konventioneller Befestigung freigegeben.

Diese Keramik besitzt eine initiale Festigkeit von ca. 360 MPa. Die Zwischengliedspanne darf eine Prämolarenbreite nicht überschreiten. Das Material muss in der Regel noch mit einer Sinterglaskeramik, in die Fluorapatitkristalle eingebaut sind, verblendet werden.

Die glasinfiltrierten Oxidkeramiken stellen Gerüstkeramiken dar. Die Biegefestigkeiten sind in Tabelle 1 dargestellt.

Beiden polykristallinen Keramiken ist es vor allem das Zirkondioxid, das für die Brückengerütherstellung, aber auch für Einzelkronengerüste verwendet wird.

Die initiale Festigkeit beträgt zwischen 950 und 1200 MPa. Deutliche Reduzierungen ergeben sich durch Bearbeitung, Mundmilieu und orale Funktion.

Darüber hinaus stellt die initiale Festigkeit nur einen Parameter für die Charakterisierung von Werkstoffen dar. Ein weiterer klinisch bedeutsamer Parameter ist die Riss-zähigkeit (K_{IC} [$MPa \cdot m^{1/2}$]). Da Zirkonoxid gelegentlich auch der weiße Stahl genannt wird, ist sein Vergleich mit metallenen zahnärztlichen Materialien zwar naheliegend, aber problematisch. So betragen die Werte von Zirkoniumdioxid für den Parameter Risszähigkeit K_{IC} ein Sechstel bis ein Zehntel gegenüber verschiedenen Metalllegierungen. Zudem beeinflussen Strukturanomalien, Fehlstellen und Milieubedingungen die Eigenschaften spröder Materialien wie Keramiken entscheidend und können zu starken Streuungen der Festigkeit, im Einzelfall auch zu starker Absenkung der Belastbarkeit führen. Daher sind die Dimensionierungen und die damit verbundenen Präparationsrichtlinien sowie Befestigungsanweisungen streng nach Herstellerangaben einzuhalten, um einem frühzeitigen Versagen vorzubeugen.

Glasinfiltrierte Oxidkeramik	Mittlere initiale Biegefestigkeit in [MPa] (ISO 6872)	Indikationen als Gerüstmaterial für
In-Ceram Spinell	400	Einzelkronen im Frontzahnbereich, möglich auch Seitenzahnbereich
In-Ceram Alumina	500	Einzelkronen im Front- und Seitenzahnbereich und dreigliedrige Endpfilerbrücken im Frontzahnbereich
In-Ceram Zirkonia	600	Einzelkronen im Seitenzahnbereich, dreigliedrige Brücken im Seitenzahnbereich, auch Frontzahnversorgungen möglich

Angaben Firma Vita Zahnfabrik, Bad Säckingen

Tabelle 1 – Die glasinfiltrierten Oxidkeramiken stellen Gerüstkeramiken dar und weisen folgende Biegefestigkeiten in MPa auf.

Praktikabilität und Indikationen:

Einzelzahnersatz

Prinzipiell können alle vorgestellten vollkeramischen Materialien für Einzelzahnersatz verwendet werden. Allerdings beeinflussen folgende Faktoren den Einsatz entscheidend: Defektausdehnung und Befestigungsmöglichkeiten.

Ist eine saubere Trockenlegung, idealerweise mit Kofferdam für die adhäsive Befestigung möglich, eignen sich Glaskeramiken für Inlay-, Teilkronen- und Veneerversor-

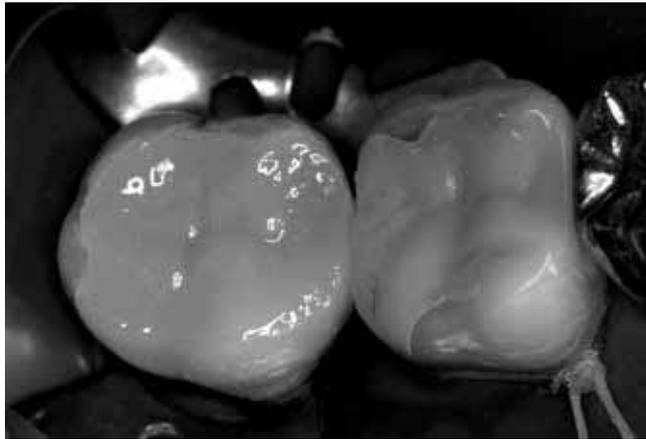


Abb. 1: Zahn 48: Einprobe eines IPS Empress Inlays. Durch die adhäsive Befestigung ist eine Stabilisierung der Restzahnschubstanz ermöglicht. Zahn 47 provisorisch versorgt.

gungen hervorragend. Unter vollkeramischen Teilkronen werden in der Literatur häufig auch Restaurationen verstanden, die nur einen Höcker ersetzen, im Gegensatz zu den Kassenrichtlinien, die eine vollständige Überdeckung der gesamten Kaufläche verlangen. Da kariöse Defekte meist approximal und zentral ihren Ausgang nehmen, bietet adhäsiv befestigte Keramik die Chance, periphere Restzahnschubstanz zu stabilisieren und durch Vermeidung einer zirkulären Kronenpräparation zu erhalten (Abbildung 1). Die okklusale Mindestschichtstärke bei Inlays beträgt zentral 1,5 mm, bei Höckerersatz 2 mm im Höckerbereich, bei Veneers eine Schichtstärke vestibular von ca. 0,7 mm.

Für maschinenbearbeitbare Keramiken wird in der Literatur zum Teil eine zentrale okklusale Mindestschichtstärke von lediglich 1,0 mm angegeben. Die Größe des Defektes und das teilweise Fehlen einer Schmelzabgrenzung haben bei den zurzeit vorliegenden Langzeituntersuchungen keinen Einfluss auf die Verlustrate, die vergleichbar mit entsprechenden Goldrestaurationen ist.

Ist eine zirkuläre Kronenpräparation notwendig, so muss für eine glaskeramische Restauration eine marginale Stufe von 1 mm Mindestbreite mit abgerundetem Innenwinkel angelegt werden. Für die Keramik IPS e.max CAD genügt eine zirkuläre Stufe mit ei-

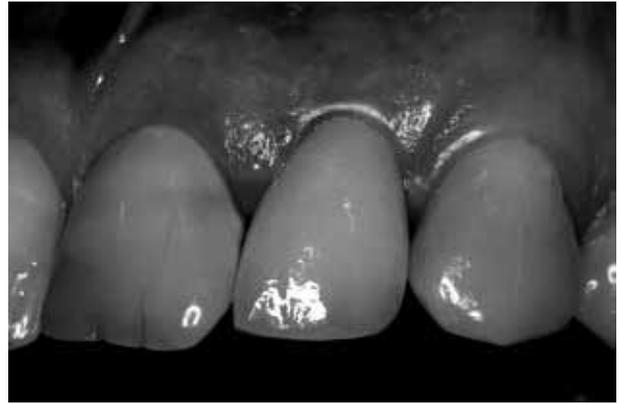


Abb. 2: Zahn 22 ist mit einer vollkeramischen Krone versorgt. Das Gerüst besteht aus einem In-Ceram Alumina Käppchen, das mit einer Glaskeramik verblendet wurde.

ner Breite von mindestens 0,8 mm oder eine ausgeprägte Hohlkehle mit gleicher Abmessung. Die Mindestschichtstärken müssen im Seitenzahnbereich im Höckerbereich 1,5 mm, im Fissurenbereich 1,0 mm

und zirkulär mindestens 0,8 mm betragen.

Sind tiefe Aufbaufüllungen zu fassen und ist dadurch nur noch eine Hohlkehlepräparation möglich, muss auf andere Keramiken zurückgegriffen werden.

Eine Alternative stellen die glasinfiltierten Oxidkeramiken dar.

Als Gerüstmindestschichtstärken, die maßgeblich die Präparation mitbestimmen, benötigt man bei In-Ceram Spinell inzisal 0,7 mm; zirkulär 0,5 mm, bei In-Ceram Alumina (Abbildung 2) okklusal/inzisal 0,7 mm;

Gerüst-Material	Indikation
IPS Empress	Endpfeilerbrücken bis Prämolarenbereich, Ersatz höchstens einer Zahnbreite
In-Ceram Alumina	Frontzahnbrücken als Endpfeilerbrücken, Ersatz eines Zahnes
In-Ceram Zirkonia	Front und Seitenzahnbrücken von 3 Gliedern (bei maschinenbearbeitbaren In-Ceram Zirkonia Rohlingen ist die Brückengerüstlänge auf Grund der Blockgröße auf 40 mm begrenzt.)
Aluminiumoxid	Hersteller spezifisch
Zirkondioxid	Theoretisch alle prothetischen Indikationen

Tabelle 2 – Vollkeramische Materialien, die als Brückengerüstwerkstoffe eingesetzt werden können.

Zwischengliedspanne [mm] = Spanne zwischen mesialem und distalem Pfeilerzahn	≤6	≤8	≤10	≤12	≤14
Dimensionierung des Verbinders [mm ²] jeweils mesial und distal:	9	12,25	16	20,25	25

Tabelle 3 – Für das Gerüstmaterial Vita In-Ceram Zirkonia gelten folgende Verbinderdimensionierungen bei Brückenkonstruktionen in Abhängigkeit der Zwischengliedspanne.

zirkulär 0,5 mm und bei In-Ceram Zirkonia 0,5 mm zirkulär und 0,7 mm okklusal. Glasinfiltrierte Oxidkeramiken können adhäsiv, aber auch konventionell befestigt werden.

Besteht aufgrund tiefer Defekte oder entsprechender Wurzelformen, wie zum Beispiel beim oberen ersten Prämolaren, die Notwendigkeit einer partiellen Tangentialpräparation, so kann Zirkoniumdioxid als keramisches Gerüstmaterial verwendet werden, welches ebenfalls konventionell befestigt (zementiert) werden kann. Einige Zirkonoxidsysteme erlauben diese Art der Präparation sowie bei Frontzahneinzelkronen Gerüstmindestschichtstärken von 0,3 mm, allerdings dann bei Hohlkehlpräparation.

Zirkondioxidkeramiken stellen somit für Einzelkronengerüste das vollkeramische Universalmaterial dar. Wichtig ist bei der Präparation für alle Keramiken, dass alle Innenwinkel einer Präparation gerundet sind.

Brückenersatz

Hier ist die Materialpalette befundabhängig noch immer eingeschränkt. Für die einsetzbaren Keramiken gelten die gleichen Präparationsrichtlinien wie unter Einzelzahnersatz beschrieben.



Abb. 3: Ausgangssituation vor umfangreicher vollkeramischer prothetischer Rehabilitation.

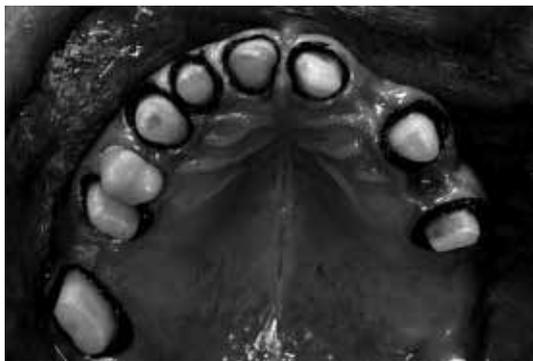


Abb. 4: Präparation aller Zähne zur Aufnahme von vollkeramischen Kronen und Brücken bis auf Zahn 14.

Tabelle 2 zeigt Materialien, die Verwendung finden können.

Die Anwendungslimitationen der genannten Keramiken liegen in den vorgeschriebenen Gerüstmindeststärken (z. B. bei In-Ceram Zirkonia als Pfeilerkappen 0,7 mm zirkulär und 1,0 mm okklusal) und vor allem in den Verbinderdimensionierungen.

Hier sei als Beispiel das Gerüstmaterial In-Ceram Zirkonia genannt: Es gelten für die Verbinder (= der Übergangsbereich, der die Pfeilerkappe mit dem Zwischenglied verbindet) die in Tabelle 3 verzeichneten Dimensionierungen.

Lediglich die Verbinderdimensionierungen von Zirkoniumdioxid mit Stärken von 9 bzw. 12 mm² sind im klinischen Alltag weitestgehend zu verwirklichen. Theoretisch sind daher beliebig große Brückenkonstruktionen möglich, die jedoch entsprechende Software, entsprechend große Röhlinge und adäquate Fräs- bzw. Schleifmaschinen voraussetzen, da dieses Material nur mit Hilfe von CAM (Computer Assisted Manufacturing)-Systemen verarbeitet werden kann. Auch vollkeramische Klebrücken werden zunehmend aus Zirkonoxid hergestellt. Hier existiert die Empfehlung, sie im Frontzahnbereich als einflügelige Konstruktionen anzufertigen. Die Befestigung erfolgt mittels Kompositmaterialien adhäsiv am Zahn. Das Abstrahlen der keramischen Klebefläche mit Aluminiumoxidpartikeln erscheint als ausreichend.

Bei keramischen Materialien wie bei anderen neuartigen Therapiemitteln gilt die Regel, dass zuverlässige Prognosen erst nach Langzeitbeobachtungen von mindestens 4 bis 6 Jahren gegeben werden können.

Die Ausgangssituation vor einer umfangreichen vollkeramischen Oberkieferrehabilitation ist in Abbildung 3 dargestellt. Abbildung 4 zeigt die Vorbereitung für die Abformung, Abbildung 5 die Gerüststeinprobe von Zirkoniumdioxid-

gerüsten und Abbildung 6 die fertig verblendeten Arbeiten.

Teleskopgestützte Arbeiten

Keramische Primärteleskope, versorgt mit galvanotechnisch gefertigten Sekundärteleskopen, versprechen ein tribologisch zuverlässig funktionierendes System. Allerdings müssen die Sekundärteleskope noch mit einer weiteren Überstruktur verbunden werden. Dies erklärt den Platzbedarf solcher Arbeiten. Vorteil ist das intraorale Verkleben von Sekundärteleskopen mit der Tertiärstruktur und die daraus resultierende Spannungsfreiheit.

Ästhetik

Auf Grund ihres Glasanteils weisen die Glaskeramiken die höchste Transluzenz auf. Sie gelten als am ästhetisch hochwertigsten. Bei den glasinfiltrierten Oxidkeramiken sind die Spinellgerüste am transluzentesten, gefolgt von den Alumina-Gerüsten. Die In-Ceram Zirkonia Gerüste sind von opakem Charakter und daher für Frontzähne nur eingeschränkt empfehlenswert. Beim Zirkonoxid sind die transluzenten Eigenschaften stark abhängig von der Schichtstärke. Verschiedene Systeme bieten zusätzlich eine Einfärbemöglichkeit der Zirkonoxidgerüste, sodass diesen Gerüsten bereits eine entsprechende Grundfarbe gegeben werden kann, die der Zahnfarbe des Patienten nahe kommt. Sie ist besonders bei supragingivalen Kronenrändern ein zusätzlicher Vorteil.

Exemplarische Literaturübersicht

Glaskeramische Restaurationen

Hickel und Manhart haben in einer Übersichtsarbeit (Metaanalyse) die jährlichen Verlustraten von Klasse-I- und Klasse-II-Restaurationen analysiert. Es ergaben sich folgende Verlustraten pro Jahr:

- Amalgamrestaurationen: 0 - 7 Prozent,
- direkte Kompositrestaurationen: 0 - 9 Prozent,
- Glasionomerrestaurationen: 1,4 - 14,4 Prozent,
- Kompositinlays: 0 - 11,8 Prozent,
- herkömmlich labortechnisch gefertigte Keramikrestaurationen: 0 - 7,5 Prozent,
- CAD/CAM generierte Keramikrestaurationen: 0 - 4,4 Prozent,
- Goldgussrestaurationen: 0 - 5,9 Prozent.

Gandjour et al. untersuchten mittels einer Metaanalyse die Anzahl der



Abb. 5: Einprobe der Zirkoniumdioxidgerüste: Einzelkronen-kappen 11, 12, 13, Brücke 15-17, Brücke 21-23-25



Abb. 6: Fertig verblendete Zirkonoxidgerüste in situ. Der kariessfreie Zahn 14 wurde auf Grund einer indizierten Bisshebung minimal invasiv mit einer intraoral modellierten Komposit-Kauffläche versehen. Die Okklusion wird in regelmäßigen Intervallen überprüft werden.

verlustfreien Jahre von:

- keramischen laborgefertigten Inlays: 8,62 Jahre,
- keramischen chairside, CAD/CAM hergestellten Inlays: 8,65 Jahre und von
- Goldgussinlays: 8,76 Jahre.

Zusätzlich wurde der Kostenaufwand der Restaurationen ermittelt, der für die laborgefertigten keramischen Restaurationen am höchsten lag.

Glaskeramische Inlays und Onlays aus IPS Empress (Leuzitkeramik) erreichten in einer klinisch prospektiven Studie von Krämer und Frankenberger eine Überlebensrate von 92 Prozent nach acht Jahren. Weder die Größe der Restauration noch fehlende Schmelzbegrenzung, noch Höckerersatz beeinflussten die Ergebnisse negativ.

Reiss beobachtete 1011 Cerec Ein-

lagefüllungen über einen Zeitraum von 16,7 Jahren. Die Erfolgsrate betrug 84,4 Prozent.

In Bezug auf dieses zurzeit einziges chairside verfügbare CAD/CAM System stellt sich der Praktiker häufig die Frage, ob rationelles Behandeln mit dieser Methode möglich ist. Eigene Untersuchungen bei einer limitierten Anzahl von Restaurationen (je N=10) haben im Vergleich zum laborgestützten IPS Empress System ergeben, dass sich der Zeitaufwand für den Behandler bei großflächigen Adhäsivrestaurationen in ähnlichen Größenordnungen bewegt.

Glasinfiltrierte Oxidkeramiken

Wassermann et al. führten eine systematische Literaturrecherche über das In-Ceram classic System durch. Während sie zum Werkstoff In-Ceram Zirkonia unzureichendes Datenmaterial fanden, betrug die Fünf-Jahres-Überlebensrate für In-Ceram Spinell und In-Ceram Alumina Kronen 91-100 Prozent. Die Autoren können anhand des Datenmaterials In-Ceram Alumina für Einzelkronengerüste im Front- und Seitenzahnbereich und ebenso für einflügelige Klebebrücken im Frontzahnbereich (5-Jahres-Überlebensrate 92,3 Prozent) empfehlen.

Polykristalline Oxidkeramiken

Für Polykristalline Aluminiumoxidrestaurationen (Procera AllCeram) ergab eine Fünf-Jahres-Studie über 50 Frontzahn- und 155 Seitenzahnkronen eine Schätzung der Überlebensrate von 96,7 Prozent (100 Prozent für Front- und 95,15 Prozent für Seitenzahnkronen).

Eine Drei-Jahres-Untersuchung über drei- bis fünf-gliedrige Zirkono-

xidbrückengerüste publizierten Sailer et al. Die Überlebensrate des Zahnersatzes dieser mit einem Prototypen eines digitalen Fertigungssystems hergestellten Restaurationen betrug 85 Prozent. Es traten keine Frakturen der Gerüste auf. Gründe für Erneuerung waren Sekundärkaries und Frakturen der Verblendkeramik. Demnach war das Material Zirkonoxid den Beanspruchungen der Mundhöhle über diesen Zeitraum gewachsen.

Die Versagensgründe lassen den Rückschluss zu, dass die Systemkomponenten bei diesem System noch Optimierungen zulassen.

Eine weitere 3-Jahres-Studie von Vult von Steyern et al. ergab für bis zu 5-gliedrige Zirkonoxidgerüste eine Überlebensrate von 100 Prozent. Die klinischen Erfahrungen über Extensionsbrücken aus Zirkoniumdioxid sind zurzeit ebenfalls noch stark limitiert.

Schlussfolgerungen:

Bedingt durch den längsten klinischen Einsatz existieren die meisten klinischen Daten für glaskeramische Restaurationen. Werden hier die Indikations-, Verarbeitungs- und Befestigungsvorschriften befolgt, beschreitet der Behandler einen sicheren Weg. Ähnliches gilt für den Einsatz von In-Ceram Alumina Kronen. Auch Einzelkronen aus Polykristallinem Aluminiumoxid versprechen hohe Erfolgsraten. Bei Zirkonoxidgerüsten für Einzelkronen und Brücken sind die ersten Langzeitergebnisse (5 und mehr Jahre) in Kürze zu erwarten. Auf Grund der technischen Kenndaten und der ersten Erfahrungen erscheint dieses Material als die zuverlässigste und prognostisch aussichtsreichste vollkeramische Alternative zu metallkeramischen Brücken, zumal auch die Herstellungssysteme ständige Verbesserungen hinsichtlich Genauigkeit, Variabilität und Verarbeitungstechnik erfahren.

OA PD Dr. Sven Reich,
Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und
Werkstoffkunde, Universität Leipzig,
Prof. Dr. Thomas Reiber,
Direktor der Poliklinik für
Zahnärztliche Prothetik und
Werkstoffkunde, Universität Leipzig
Prof. em. Dr. Dr. Gerhard Gehre,
Poliklinik für Zahnärztliche Prothetik und
Werkstoffkunde, Universität Leipzig

(aus Zahnärzteblatt Sachsen 1/2007)



Die Ehrengäste der Festveranstaltung im neuen Hörsaal. Dritter v. l. Prof. Dr. Dr. Werner Hahn, der erste wissenschaftliche Leiter des Heinrich-Hammer-Instituts der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein.

Zahnmedizin zwischen Hörsaal und Praxis

Zahnärztekammer Schleswig-Holstein bietet Fortbildung auf neuestem Stand der Technik

Zum 25. Jahrestag seines Bestehens öffnete am 7. März das Heinrich-Hammer-Institut (HHI) im neuen Gebäude der schleswig-holsteinischen Zahnärztekammer in Kiel am Westring 496 seine Türen. Größer, moderner und mit neuester Technik ausgestattet will es den erfolgreichen Kurs am neuen Standort fortsetzen. Mit dabei: Prof. Dr. Dr. Werner Hahn, der als erster wissenschaftlicher Leiter die Geschicke des HHI von 1982 bis 2002 geleitet hatte und am 7. März seinen 95. Geburtstag feierte. Zahlreiche prominente Gäste – unter ihnen Landtagspräsident Martin Kayenburg und Bundeszahnärztekammer-Vizepräsident Prof. Dr. Wolfgang Sprekels – gratulierten dem Jubilar und überzeugten sich vor Ort vom gelungenen Konzept des neuen Hauses.

Hans-Peter Küchenmeister, Präsident der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein, erläuterte in seiner Begrüßungsrede die große Bedeutung des HHI für Patienten und Zahnärzteschaft. Fortbildung nimmt bei den Zahnärzten und ihren Teams in Schleswig-Holstein einen sehr hohen Stellenwert ein. Zwar müssen Freizeit dafür geopfert, Verdienstaufschläge in Kauf genommen und die Seminargebühren für Ärzte und Teams ge-

schultert werden. Dennoch steigt die Nachfrage nach qualifizierten zahnmedizinischen Fortbildungen seit Jahren stark an.

Seit 25 Jahren stellt die Zahnärztekammer Schleswig-Holstein die nötigen Angebote im eigenen Institut bereit, um dieser Nachfrage zu



Ganzjährig werden Seminare und praktische Kurse am Phantomkopf angeboten, die alle Gebiete der Zahn-, Mund-, Kieferheilkunde und des Praxisbetriebs abdecken.

entsprechen. Zusätzlich gibt es flächendeckende Vortragsfortbildungen überall in Schleswig-Holstein, jährlich eine zentrale Fortbildung auf Sylt. Ganzjährig werden für Zahnärzte/-innen und Zahnarthelferinnen Seminare und praktische Kurse am Phantomkopf angeboten, die alle Gebiete der Zahn-, Mund-, Kieferheilkunde und des Praxisbetriebs abdecken. Seit 1992 bildet das HHI außerdem junge Zahnärzte in praxisnahen Themen fort und ermöglicht ihnen, sich zu spezialisieren. 2007 sind rund 200 Veranstaltungen für Zahnärzte und ihre Teams geplant. Die Anmeldungsahlen für das Frühjahrshalbjahr 2007 liegen bereits wieder über denen des Vorjahres. Die Warteliste für ausgebuchte Kurse umfasst im Durchschnitt 200 Personen. Dr. Michael Brandt, Vizepräsident der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein und zuständig für den Bereich Fortbildung, freut sich über diese Zahlen: „Fortbildung ist eine der zentralen Aufgaben der Zahnärztekammer. Die große Nachfrage zeigt uns, dass wir mit dem HHI den damit verbundenen Anforderungen bestens gerecht werden.“

Obwohl alle Möglichkeiten ausgeschöpft wurden, konnten letztlich

die bisherigen Raumkapazitäten mit der enormen Nachfrage nicht mehr Schritt halten. Deshalb wurde im Rahmen des Neubaus der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein ein großer Fortbildungskomplex geplant, der die vorhandenen Möglichkeiten deutlich ausweitet. Bis zu 196 Gäste kann das neue Haus aufnehmen. Für Übungen am Phantom stehen 24 Plätze zur Verfügung. Flexible Trennwände erlauben die individuelle Einteilung des Platzangebotes. Modernste Technik sorgt für optische

und akustische Informationsübertragung. Jeder Besucher des HHI kann sich an seinem Platz ins Intranet des Hauses oder ins Internet einwählen.

Bauherr des HHI ist das Versorgungswerk der Zahnärzte, die Rentenkasse der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein. Nicht nur Praxisteam und Zahnärzte aus ganz Deutschland, sondern auch die schleswig-holsteinischen Partnerorganisationen sind im Haus willkommen.

ZÄK S-H



Das Heinrich-Hammer-Institut befindet sich im Haus der Zahnärztekammer Schleswig-Holstein in Kiel.
Fotos: Margrit Gehl

Öffentliche Ausschreibung

Die Kassenzahnärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern schreibt gemäß § 103 Abs. 4 SGB V folgenden Vertragszahnarztsitz zur Übernahme durch einen Nachfolger aus, da es sich um ein für weitere Zulassungen gesperrtes Gebiet handelt:

Allgemeinzahnärztliche Praxis im Planungsbereich Nordvorpommern zum 1. Juni 2007

Die Bewerbungsfrist endet am 31. Mai 2007

Der die Praxis abgebende Zahnarzt bleibt zunächst anonym. Interessenten können Näheres bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern erfahren (03 85-5 49 21 30).

Bewerbungen sind ab sofort an die Kassenzahnärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, Wismarsche Straße 304, 19055 Schwerin, zu richten. Die Bewerber müssen zum Zeitpunkt der Praxisübergabe die Voraussetzungen für eine Zulassung gemäß §§ 3 und 18 Zulassungsverordnung für Vertragszahnärzte erfüllen.

Bereits vorliegende Eintragungen in der Warteliste für allgemeinzahnärztliche Praxen gelten nicht automatisch als Bewerber um diese Praxis.

In jedem Falle ist eine schriftliche Bewerbung für diesen Vertragszahnarztsitz erforderlich.

Praxisabgaben/-übernahmen

Die von SR Dr. med. Hans-Joachim Bradtke seit dem 14. Juli 1991 geführte Zahnarztpraxis in 17491 Greifswald, Mendelejewweg 16, wird ab dem 1. April von Dr. med. dent. Detlef Bradtke weitergeführt.

Die von Dr. med. dent. Jörg Christopher seit dem 1. April 1991 geführte Zahnarztpraxis in 18109 Rostock, Malchiner Straße 11, wird ab dem 1. April von Dr. med. dent. Gunnar Letzner weitergeführt.

Die von Dr. med. Frank Schubert seit dem 20. März 1991 geführte Zahnarztpraxis in 19406 Sternberg, Schäferkamp 9, wird ab dem 1. April von Thomas Bräuer weitergeführt.

→Achtung

Zusatzkurs „Aktualisierung Fachkunde Strahlenschutz“

Für die meisten Zahnärzte in Mecklenburg-Vorpommern muss die Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz gemäß gültiger Röntgenverordnung bis zum 1. Juli 2007 erfolgen. Da der Kurs am 23. Mai 2007 in Greifswald ausgebucht ist, bietet Prof. Dr. Uwe Rother einen Zusatzkurs an, um allen Zahnärzten die Möglichkeit zu geben, ihre Fachkunde fristgemäß zu aktualisieren.

Schriftliche Anmeldungen nimmt ab sofort das Referat Fortbildung der Zahnärztekammer Mecklenburg-Vorpommern entgegen.

Für Rückfragen: Tel: 03 85-5 91 08 13,
Fax: 03 85-5 91 08 20,
E-Mail: ch.hoehn@zaekmv.de.

Seminar Nr. 76/I-07

Referenten: Prof. Dr. Uwe Rother (Hamburg)
Priv.-Doz. Dr. Peter Machinek (Rostock)
Dipl.-Stom. Silke Neubert (Schwerin)

Termin Freitag, den 22. 6. 2007, 14.30 bis 20.30 Uhr

Ort: TriHotel am Schweizer Wald, Tessiner Str. 103,
18055 Rostock

Gebühr: 75,00 €

Birgit Laborn
Zahnärztliche Röntgenstelle



Frontzahntrauma – Thema des Fachsymposiums

Zum zweiten Mal gibt es das Greifswalder Fachsymposium der Mecklenburg-Vorpommerschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde an den Universitäten Greifswald und Rostock e. V.

Thema:

„Das Frontzahntrauma – ein interdisziplinäres therapeutisches Problem“

Die Veranstaltung findet am 30. Juni 2007 im Alfred-Krupp-Wissenschaftskolleg, 17487 Greifswald, Martin-Luther-Straße 14, statt.

Weitere Informationen: Prof. Dr. W. Sümnick, Poliklinik für MKG-Chirurgie
Rotgerberstr. 8, 17475 Greifswald
Tel.: 0 38 34-86 71 68, Fax: 0 38 34-86 73 02
E-Mail: suemnick@uni-greifswald.de oder unter: www.zmkmv.de



Z1-Softwareanwender gründen Arbeitskreis

Auf Initiative von Z1-Anwendern unseres Bundeslandes kam es in den Räumen der Firma „S&N-Datentechnik“ in Rostock zur Gründung eines

Z1-Arbeitskreises mit dem Ziel einer Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Nutzern und Programmherstellern in Mecklenburg-Vorpom-

mern. In offener Atmosphäre kam es zu einem mehrstündigen Gedankenaustausch, der im Herbst fortgesetzt werden soll. **Dipl.-Stom. Andreas Wegener**

Das Dental Vademekum des Jahres 2007 ist da

Unentbehrlicher Ratgeber bei klinischen Problemfällen

„Das Dental Vademekum“ liegt in der neunten Ausgabe pünktlich zur IDS vor. Dieses Materialhandbuch, sozusagen die Rote Liste für Zahnärzte, wird seit 1989 gemeinsam von der Bundeszahnärztekammer und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung herausgegeben und vom Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) in Verbindung mit der Wissenschaftlichen Kommission konzeptionell betreut. Sämtliche Angaben werden für jede Ausgabe neu bei der Dentalindustrie erhoben. Zirka 250 Firmen sind im DDV vertreten.

Praktische Grundinfos

Angegeben sind wichtige Daten zur Zusammensetzung der Dentalprodukte und zu ihrer Verarbeitung. Zusätzlich erhält der Leser in kurzen Einführungstexten praktische Grundinformationen – u. a. auch zu neuen Entwicklungen im Materialsektor.

Unentbehrlicher Ratgeber

Das Dental Vademekum leistet damit konkrete Unterstützung für das Qualitätsmanagement in der Zahnarztpraxis, wozu die indikationsgerechte Auswahl und Anwendung der Materialien zweifellos gehört.

Es ist ein unentbehrlicher Ratgeber bei klinischen Problemfällen (zum Beispiel Allergienpatienten) und bietet dem Zahnarzt einen breiten Informationsfundus für das Patientenberatungsgespräch über Möglichkeiten für eine bessere Mundgesundheit, gesunde Zähne oder Zahnersatz und über Behandlungsalternativen.

Bundeszahnärztekammer/Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.), Preis: 89,95 Euro (Ladenpreis), 2007, 9. Ausg., 1075 Seiten mit 21 Abbildungen, gebunden, 24 Zentimeter, Deutscher Zahnärzte Verlag, 3-934280-93-5, ISBN-13: 9783934280939

Schließung einer Praxis

Heidrun Jeschke
Zahnärztin
Kühlungsborner Straße 5a
18209 Wittenbeck

Ausschuss für Zulassungen

Hiermit wird bekannt gegeben, dass die nächsten Sitzungen des Zulassungsausschusses für Zahnärzte für den 11. April und 20. Juni anberaumt sind.

Die Antragsunterlagen müssen drei Wochen vor Sitzungstermin in der Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses vollständig vorliegen.

Über später eingehende Anträge wird in der darauffolgenden Sitzung verhandelt.

Nachstehend aufgeführte Anträge erfordern die Beschlussfassung des Zulassungsausschusses:

- Anträge auf
- Zulassung, Ermächtigung
 - Führung einer Gemeinschaftspraxis
 - Beschäftigung eines angestellten Zahnarztes
 - Verlegung des Vertragszahnarzt-sitzes

Bedingungen für eine Wurzelspitzenresektion sind definiert

BEMA-Abrechnungshinweise und Kommentierungen

Aufgrund aus der Kollegenschaft häufig auftretender Fragen zur Abrechnung von Wurzelspitzenresektionen befasste sich der Vorstand der Kassenzahnärztlichen Vereinigung M-V mit der Abrechnung von Wurzelspitzenresektionen im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung.

Ebenso wie die endodontischen Behandlungsmaßnahmen, siehe dens 9/2006 vom 11. September 2006, unterliegen auch die chirurgischen Behandlungsmaßnahmen der Wurzelspitze (WSR) den bundeseinheitlichen Behandlungsrichtlinien und den Abrechnungsbestimmungen des BEMA.

Vor Behandlungsbeginn sollte deshalb grundsätzlich die Indikation zu Lasten der Krankenkasse geprüft werden. In der Kommentierung von Liebold/Raff/Wissing werden die Bedingungen, die der Vorstand der KZV M-V teilt, beschrieben:

„Die klassische Indikation für eine Wurzelspitzenresektion ist eine vorliegende chronische apikale Parodontitis, d. h. an der Wurzelspitze und im Knochengewebe, das die Wurzelspitze umgibt (periapikaler Bezirk), läuft ein durch Bakterien hervorgerufener Entzündungsprozess ab, der langsam zu einer Gewebszerstörung dieser anatomischen Strukturen führt. Oftmals ist die einzige verbleibende Möglichkeit, der Ausbreitung dieses gewebserstörenden Prozesses Einhalt zu gebieten, die Entfernung des von Bakterien durchdrungenen Gewebes. Gleichzeitig muss einer erneuten Infektion aus dem Pulpenkavum (Raum, in dem das Zahnmark liegt) vorgebeugt werden. Beiden Gesichtspunkten wird die Wurzelspitzenresektion gerecht. Das infizierte Knochen- und Granulationsgewebe wird entfernt. Ebenso wird die Wurzelspitze vom Zahn abgetrennt mit all ihren Verzweigungen und Seitenkanälchen, in denen sich oft Reste infektiösen Gewebes befinden, die mit einer normalen Wurzelkanalaufbereitung kaum entfernbar sind...“

Bei der Durchführung von Wurzelspitzenresektionen sind diese genannten Indikationen und auch die Richtlinien unter B. „Vertrags-

zahnärztliche Behandlung“ in Verbindung mit

III. „Konservierende Behandlung“, hier Punkt 9.4., 9.5., 10. und IV. „Chirurgische Behandlung“, hier Punkt 4, zu beachten.

B. IV. Punkt 4:

Eine Wurzelspitzenresektion ist insbesondere indiziert

- a) wenn das Wurzelkanalsystem durch andere Verfahren nicht ausreichend zu behandeln ist,
- b) wenn ein periapikaler Krankheitsprozess besteht, der einer konservierenden Therapie nicht zugänglich ist,
- c) bei Wurzelfrakturen im apikalen Drittel oder aktiver Wurzelresorption. Die Wurzelspitzenresektion von **Molaren** ist in der Regel angezeigt, wenn

- damit eine geschlossene Zahnreihe erhalten werden kann,
- eine einseitige Freiendsituation vermieden wird,
- der Erhalt von funktionstüchtigem Zahnersatz möglich wird.

In allen anderen Fällen (z. B. Molaren mit erneuerungsbedürftigem Zahnersatz bei nicht geschlossener Zahnreihe) ist die Wurzelspitzenresektion nicht mehr Gegenstand der Vertragsleistung und kann daher nur, insofern der Patient die Resektion wünscht und bereit ist, diese selbst zu bezahlen, privat berechnet werden.

In ihrem Umfang der Leistungseinschränkung entspricht die Richtlinie IV. 4. genau der Richtlinie III. 9.

Vervollständigend vertritt der Vorstand der KZV M-V den Standpunkt, dass, wenn erneute Beschwerden an einem bereits resezierten Zahn auftreten und derselbe noch einmal reseziert werden muss, eine nochmalige Wurzelspitzenresektion zur vertragszahnärztlichen Abrechnung gelangen darf.

Die Indikation für den operativen Eingriff, die Nachresektion, ist allerdings kritisch zu hinterfragen, denn als Ursache für die Reinfektion, von einer solchen ist auszugehen, kommt nicht der periapikale Knochen in Frage, sondern es ist eine unzulängliche Wurzelfüllung in Betracht zu

ziehen. Differenzialdiagnostisch ist auch eine Wurzellängsfraktur nicht auszuschließen.

- Die unzulängliche Wurzelfüllung verlangt eine Revision und im Anschluss das Legen einer neuen keimfreien randdichten Wurzelfüllung. Aufgrund der bereits bei der ersten Wurzelspitzenresektion vorgenommenen Resektion der Wurzelspitze fehlt die apikale Konstriktion, der so genannte apikale Stop. Ein Überpressen von Wurzelfüllmaterialien ist dann oft unvermeidlich und eine Nachresektion damit ohnehin das Mittel der Wahl.

- Eine Wurzelfüllung intraoperativ ist ebenso denkbar.

- Wird intraoperativ eine Wurzelkanalaufbereitung mit einer Wurzelfüllung von retrograd, d. h. von der Wurzelspitze her durchgeführt, weil sich eine orthograde Wurzelbehandlung nicht durchführen lässt, z. B. weil eine Stiftversorgung vorliegt, sind ebenfalls die entsprechenden Gebührennummern, z. B. 32 und 35 abrechenbar. **Es handelt sich hierbei nicht um einen retrograden Verschluss, sondern um eine echte Wurzelbehandlung mit anschließender Wurzelfüllung.** Diese Methode ist gegenüber der orthograden Methode aufwendiger und schwieriger und wird ggf. nur in ausgesuchten seltenen Behandlungsfällen vorkommen.

- Sollten die notwendigen prä- und intraoperativen Wurzelbehandlungsmaßnahmen von zwei Behandlern durchgeführt werden, ist Folgendes zu beachten: Der Erstbehandler beginnt mit z. B. den Nrn. 28-32 und überweist dann den Patienten zum chirurgisch tätigen Kollegen zur Wurzelspitzenresektion. Muss von diesem Kollegen im Verlauf der Operation neben der Wurzelspitzenresektion gleichzeitig eine Wurzelkanalaufbereitung und/oder Füllung vorgenommen werden, kann der überweisende Zahnarzt nur die bis zum Zeitpunkt der Überweisung angefallenen Leistungen abrechnen. Es ist in

diesen Überweisungsfällen daher nicht vermeidbar, dass eine Kanalaufbereitung im Rahmen der Erstbehandlung erfolgt und im Rahmen des chirurgischen Eingriffs sodann die operationstechnische Notwendigkeit bestehe, die Kanalaufbereitung noch weiter voranzutreiben mit entsprechenden abrechnungstechnischen Konsequenzen.

- Die Wurzellängsfraktur wird klinisch häufig erst während eines Operationseingriffs eindeutig feststellbar sein. Bei Bestätigung der Längsfraktur intraoperationem ist die geplante Wurzelspitzenresektion nicht mehr durchführbar, sondern es ist die Entfernung des Zahnes im Sinne einer Osteotomie angezeigt.
- Nach den Abrechnungsbestimmungen zur Gebührennummer 54 ist der im Zusammenhang mit der durchgeführten Wurzelspitzenresektion vorgenommene retrograde Verschluss des Wurzelkanals mit eingeschlossen. Wird aber in der

gleichen Sitzung eine konventionelle (orthograde oder retrograde (s. oben)) Wurzelbehandlung durchgeführt, können neben der Nr. 54 die entsprechenden endodontischen Maßnahmen, z. B. die Nrn. 28, 31, 32 und 35 sowie die Abschlussfüllung berechnet werden. Die Nr. 34 (Med) ist während einer Wurzelspitzenresektion intraoperationem nicht berechnungsfähig. Das Auswaschen des Wurzelkanals mit einem Medikament zur Reinigung und Desinfektion erfüllt nicht den Leistungsinhalt einer medikamentösen Einlage (Med).

Zu beachten sind unter Hinzuziehung dieser Hinweise zur vertragszahnärztlichen Abrechnung von Wurzelspitzenresektionen immer das geltende Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V Abs. 1 und die Behandlungsrichtlinien.

Sollte sich unter Berücksichtigung der oben genannten Rechtsvorschriften eine Abrechenbarkeit zu Lasten der GKV ausschließen, muss der Patient vor Behandlungsbeginn

umfassend aufgeklärt werden. Ist der Patient trotz des Ausschlusses der Möglichkeit der Kostenübernahme durch die Krankenkasse willens, diese Behandlungsmaßnahme durchführen zu lassen, ist er auch über die anfallenden Kosten zu informieren und eine schriftliche Vereinbarung zwischen Ihnen und dem Patienten ist abzuschließen.

Da es erfahrungsgemäß nicht selten auch seitens einiger Krankenkassen zu unterschiedlichen Interpretationen der geltenden Richtlinien kommt, wird darum gebeten, sich bei derartigen Unstimmigkeiten vertrauensvoll an die KZV zu wenden.

Zu den Erklärungen „Wurzelspitzenresektionen“ hat die KZV die Definitionen mit den entsprechenden Abrechnungsbeispielen der Molarenbehandlung zusammengestellt, die bei Bedarf von den Praxen unter der Telefonnummer 03 85-5 49 21 87 abgefordert werden können. Der Vorstand der KZV M-V stimmt diesen Erklärungen zu.

Elke Köhn



© Cartoon: [www.dentisten-cartoons.de/Barbara Henniger](http://www.dentisten-cartoons.de/Barbara_Henniger) aus „Zahnschmerz“ – Satirische Zeichnungen und Zitate mit [Ge]Biss. Das Buch ist direkt über den Verlag „ad medien GmbH“, Blumenstraße 8, 58739 Wickede, Tel. (0 23 77) 8 09 08 30, Fax 8 09 08 31, E-Mail: ad-medien@t-online.de zu beziehen.

Muss der Zahnarzt seine Patienten über ausländischen Zahnersatz informieren?

Umfang der wirtschaftlichen Aufklärungspflicht

Im Anschluss an die Beiträge in dens 3/2007 zum „Zahnersatz zum Nulltarif“ soll an dieser Stelle der Umfang der Aufklärungspflicht der Zahnärzte insbesondere über wirtschaftliche Bewandnisse erläutert werden, da sich diese Frage immer häufiger vor zahnärztlichen Behandlungen, an der sich die Patienten in der Regel mit einem Eigenanteil beteiligen müssen, stellt. Die höchstrichterliche Rechtsprechung stellt an eine umfassende und ausführliche Patientenaufklärung immer neue und strengere Anforderungen. Es kann jedoch kein generell geltender Leitfadener zum Umfang der Aufklärungspflicht gegeben werden, sondern lediglich die Grundsätze und anhand der Rechtsprechung Hinweise für die Handhabung im Einzelfall, denn letztendlich orientiert sich der Umfang der Aufklärungspflicht immer am konkreten Behandlungsfall.

Nach der Rechtsprechung des BGH gehört die medizinische Aufklärung zu den Hauptpflichten des Zahnarztes als Teil der Heilbehandlung selbst und ist grundsätzlich notwendig, damit der Patient wirksam in die Behandlung einwilligen kann. Nach den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß Paragraf 91 Abs. 6 SGB V bestimmt der Vertragszahnarzt im Rahmen der vertragszahnärztlichen Versorgung nach entsprechender Aufklärung und unter Wahrung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten Art und Umfang der Behandlungsmaßnahme. Der Vertragszahnarzt hat den Patienten über die nach den Richtlinien ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Formen der Versorgung aufzuklären. Berufsrrechtlich findet die Aufklärungspflicht ihren Niederschlag in § 6 Berufsordnung der Zahnärztekammer M-V.

Der Umfang der Aufklärung, die vor dem Eingriff zu erfolgen hat, richtet sich nach der Schwere und Dringlichkeit der Behandlung und ist demnach von den Umständen des Einzelfalles abhängig. Die den zahnärztlichen Eingriff rechtfertigende Zustimmung des Patienten setzt voraus, dass dieser „im Großen und Ganzen“ wisse, worin er einwillige. Er soll Art und Schwere des Eingriffs erkennen.

So hat u. a. das OLG Koblenz mit Urteil vom 13. 05. 2004, AZ: 5 U 41/03 eine Aufklärungspflicht über die Gefahr der gleichwohl seltenen Durchtrennung des nervus lingualis bei der Entfernung eines Weisheitszahnes bejaht. Diese Verpflichtung zur Aufklärung sah auch das OLG Thüringen in seiner Entscheidung vom April 2006, wie Rechtsanwalt Peter Ihle in seinem Beitrag in dens 1/2007 darstellte, wobei jedoch letztendlich der Zahnarzt nicht haftbar gemacht werden konnte.



Katja Millies

Allerdings erfordert nicht jede zahnärztliche Behandlungsmaßnahme eine ausdrückliche Aufklärung und Einwilligung. Die Einwilligung wird bei einfachen Behandlungsmaßnahmen der täglichen Praxis stillschweigend erteilt, wenn der Patient erkennen kann, was mit ihm geschehen wird, beziehungsweise warum es geschieht und er dies widerspruchlos hinnimmt.

Patienten haben auch das Recht, auf eine Aufklärung zu verzichten (z. B. weil er über eigene Fachkunde verfügt). Es empfiehlt sich aber drin-

gend, sich diesen Verzicht schriftlich bestätigen zu lassen. Patienten haben zudem über die allgemeine zahnärztliche Informationspflicht hinaus das Recht zu fragen. Zahnärzte sind verpflichtet, auf diese Fragen wahrheitsgemäß, vollständig und verständlich zu antworten.

Sowohl die Schlagzeilen „Zahnersatz zum Nulltarif“, als auch die zunehmende Werbung privater Krankenversicherer, auch hinsichtlich Zahnzusatzversicherung für GKV-Patienten, rücken die Frage der wirtschaftlichen Aufklärungspflicht mehr und mehr in den Fokus der Zahnärzte.

Bei der Versorgung von GKV-Patienten mit Zahnersatz gibt § 87 Abs. 1a SGB V den Rahmen des Aufklärungsumfanges vor, wonach der Vertragszahnarzt vor Beginn der Behandlung einen kostenfreien HKP zu erstellen hat, der den Befund, die Regelversorgung, die tatsächliche geplante Versorgung nach Art, Umfang und Kosten beinhaltet.

Den Zahnärzten stellt sich aber die Frage, inwieweit sie über kostengünstigere Behandlungsalternativen und die Kostenübernahme der privaten Krankenversicherer aufzuklären haben?

Die Pflicht zur Kostenaufklärung ist als Fürsorgepflicht des Zahnarztes im Gegensatz zur medizinischen Aufklärungspflicht eine Nebenpflicht aus dem mit dem Patienten geschlossenen Behandlungsvertrag.

Ob ein Zahnarzt verpflichtet sein soll, über kostengünstigeren Zahnersatz z. B. aus dem Ausland aufzuklären, kann nicht eindeutig beantwortet werden. Zumindest gilt die grundsätzliche Verpflichtung der Zahnärzte, auf Fragen wahrheitsgemäß zu antworten. Da zu diesem Thema bisher keine Rechtsprechung vorliegt, bleibt abzuwarten, ob die Gerichte eine derartige Verpflichtung sehen.

Zu den Grenzen der wirtschaftlichen Aufklärung stellte das OLG Düsseldorf in seinem Urteil vom 20.05. 1999, AZ: 8 U 181/98 fest, dass ein Zahnarzt seinen Patienten grundsätzlich auch über die voraussichtlichen Kosten der Behandlung, den Eigenanteil und kostengünstigere Be-

handlungsmethoden aufklären muss. Diese vertragliche Nebenpflicht umfasst aber nicht die Verpflichtung, die versicherungsvertragliche Absicherung des Patienten hinsichtlich der konkret geplanten Behandlung zu beurteilen. Insbesondere ist es Sache des Patienten, den Zahnarzt darauf aufmerksam zu machen, dass vor Beginn der Behandlung eine Abklärung mit der PKV, z. B. auch bei Zusatzversicherungen, erfolgen muss. Dem schließt sich das OLG Köln in seiner

Entscheidung vom 23.03.2005, AZ. 5 U 144/04 an, in dem ausgeführt wird, dass lediglich eine entsprechende Hinweispflicht bezüglich eventueller Erstattungsrisiken besteht.

Im Zweifel ist jeder Zahnarzt gut beraten, wenn er sich ausschließlich auf gesicherte Kostenzusagen der Versicherer stützt und keine persönliche Einschätzung abgibt, denn der Patient verlässt sich auf ihn und bei falschen Angaben kann der Zahnarzt haftbar gemacht werden.

Die Frage, ob ein Verstoß gegen die wirtschaftliche Aufklärungspflicht vorliegt, stellt sich in der Regel erst, wenn ein Schaden eingetreten ist. Und um sich in diesem Fall entlasten zu können, wird abschließend auf eine gewissenhafte Dokumentation nicht nur der Behandlung selbst, sondern auch über den Umfang der Patientenaufklärung gemäß § 5 BMV-Z, § 7 EKV-Z, § 9 Berufsordnung hingewiesen.

Ass. Katja Millies

Telemediengesetz in Kraft getreten

Keine wesentlichen Änderungen für die Zahnarztpraxis

Das Telemediengesetz ist am 28.2.2007 im Bundesgesetzblatt verkündet worden und am 1.3.2007 in Kraft getreten. Es löst u. a. das Teledienstgesetz ab, das Pflichtangaben für die Praxishomepages fordert. Jede beruflich genutzte Homepage musste bisher einen Hinweis nach Paragraph 6 Teledienstgesetz enthalten.

Der Inhalt der notwendigen Angaben ändert sich durch das neue Gesetz nicht, die Anforderungen sind aber nun in § 5 Telemediengesetz aufgeführt. Daher muss auf der Praxishomepage der Verweis „Pflichtangaben nach § 6 Teledienstgesetz“ durch den Verweis „Pflichtangaben nach § 5 Telemediengesetz“ ersetzt werden. Es wird nicht davon ausgegangen, dass Abmahnvereine oder Rechtsanwältinnen wegen der Angabe der nicht mehr korrekten Gesetzesgrundlage abmahnen können. Gleichwohl sollten die Provider/Webgrafiker darüber informiert werden, dass die Angabe alsbald geändert wird.

Im Zusammenhang mit dem Gesetz wurde in einigen Meldungen eine weitere Abmahnwelle befürchtet. Diese soll sich aus datenschutzrechtlichen Anforderungen ergeben. Diese Bedenken können nach derzeitigem Stand nicht geteilt werden. So wurden die schon bestehenden Regelungen aus dem Teledienstdatenschutzgesetz im Wesentlichen übernommen, sodass sich gegenüber der bisherigen Lage keine Veränderungen ergeben haben. Zudem betrifft die Datenschutzproblematik nur die Erhebung und Verwendung von Daten. Demgegenüber werden auf zahnärztlichen Homepages in der Regel lediglich zahnärztliche Leistungen dargestellt. Die Proble-

matik könnte sich demnach allenfalls bei den Praxen stellen, die Daten von Patienten etwa für die Vergabe von Terminen erheben. Wenn eine solche Möglichkeit auf der Homepage angeboten wird, sollte ebenfalls mit dem Provider/Webgrafiker Kontakt aufgenommen werden. Dies ist allerdings

keine Problematik, die sich durch das neue Gesetz ergeben hat, sondern auch bislang schon bestand.

Das Telemediengesetz im Internet: <http://www.bgbportal.de/BGBL/bgb11f/bgb1107s0179.pdf>

Info nach Zahnletter der ZÄK Hamburg vom 1.3.2007

Zahnmännchen-Medien jetzt mit Logo der BZÄK

Zur IDS 2007 (Internationale Dental Schau, im März dieses Jahres in Köln) stellte die Aktion zahnfreundlich e. V., Berlin, (AzeV) die Neuauflage ihrer Informationen für Patienten und Meinungsbildner vor. Die Aufklärungsmedien wurden nicht nur inhaltlich aktualisiert und völlig neu gestaltet, sondern vor allem von der Bundeszahnärztekammer

(BZÄK) geprüft – und fachlich für gut befunden. Die Zusammenarbeit beider Organisationen ist jetzt auf den Titelseiten der Broschüren dokumentiert: „Eine Information der Aktion zahnfreundlich e.V. mit freundlicher Unterstützung der Bundeszahnärztekammer“, so lautet die Abschlusszeile zum Zahnmännchen-Logo und zum Signet der BZÄK.

AzeV



Aktuelle Fortbildungsangebote der KZV

PC-SCHULUNGEN

Referent: Andreas Holz, KZV M-V

Wo: KZV M-V, Wismarsche Straße 304, 19055 Schwerin

Punkte: 3

Für jeden Teilnehmer steht ein PC zur Verfügung.

Gebühr: 60,00 € für Zahnärzte, 30,00 € für Vorb.-ass., Zahnarzthelferinnen

POWER POINT - Präsentation selbst erstellen

Inhalt: die erste Präsentation mit den verschiedenen Assistenten und Vorlagen, Arbeiten mit POWERPOINT unter verschiedenen Ansichten; Freies Erstellen einer Präsentation; Verwendung des Folienmasters; Einfügen verschiedener Elemente; Aktionseinstellungen

Wann: 18. April 2007, 16 – 19 Uhr, in Schwerin

Textverarbeitung

Inhalt: Textverarbeitungsprogramm Word und alternative Programme, Texte eingeben und verändern; Grafiken einfügen aus ClipArt oder Datei; Tabellen einfügen und bearbeiten; Vorlagen erstellen; Funktion Serienbrief

Wann: 9. Mai 2007, 16 – 19 Uhr, in Schwerin

Tabellenkalkulation

Inhalt: Tabellenkalkulationsprogramm Excel und alternativen Programme; Daten eingeben und bearbeiten; Formeln und Funktionen einfügen; Rechenoperationen in Excel; Auswerten der Daten mit Diagrammen

Wann: 20. Juni 2007, 16 – 19 Uhr Schwerin

Seminar zum Honorarbescheid

Referentin: Iris Franz, Abteilungsleiterin Finanzbuchhaltung KZV M-V

Inhalt: gesetzliche Grundlagen; Aufbau und Inhalt des Honorarbescheides; Auswirkungen von Überzahlungen

die Abrechnung nach BEMA und GOZ; gesetzliche Grundlagen; Prophylaxe Shop; Patientenbindung durch Individualprophylaxe

Wann: 16. Mai 2007, 15 – 17 Uhr in Schwerin

Punkte: 2

Gebühr: 150,00 € für Zahnärzte, 75,00 € für Vorbereitungsassistenten

Individualprophylaxe – Chance für Umsatzzuwachs in der Praxis

Referentin: Professor Dr. Sabine Fröhlich

Inhalt: Status quo – KZV-Statistik über Inanspruchnahme von IP-Leistungen; Hinweise und Tipps für

Wann: 13. Juni 2007, 15 – 18 Uhr in Schwerin

Punkte: 3

Gebühren: 150 € für Zahnärzte, 75 € für Vorb.-Assistenten und Zahnarzthelferinnen

Kassenzahnärztliche Vereinigung M-V

Antje Peters
Wismarsche Straße 304
19055 Schwerin
Fax-Nr.: 03 85-5 49 24 98
E-Mail: mitgliederwesen@kzvmv.de



Ich melde mich an zum Seminar:

- Power Point-Präsentation am 18. April 2007, 16 - 19 Uhr, Schwerin
- Textverarbeitung am 9. Mai 2007, 16 - 19 Uhr, Schwerin
- Seminar zum Honorarbescheid am 16. Mai 2007, 15 - 17 Uhr, Schwerin
- Individualprophylaxe am 13. Juni 2007, 15 - 18 Uhr, Schwerin
- Tabellenkalkulation am 20. Juni 2007, 16 - 19 Uhr, Schwerin

Datum (Seminar)	Name, Vorname (Druckschrift)	Abr.-Nr.	Zahnarzt (ZA) Zahnarzthelferin (ZAH) Vorbereitungsassistent (VA)

Unterschrift, Datum

Stempel

Schweizer sagen Nein zur Einheitskrankenkasse

Klare Mehrheit bei Volksentscheid gegen Änderung des Systems

Per Volksentscheid hat sich die Mehrheit der Schweizer gegen die Einführung einer sozialen Einheitskrankenkasse ausgesprochen. Fast drei Viertel der Wähler sind damit gegen eine Änderung des Systems aus Grundversorgung und privater Zusatzversicherung.

Mit der von Sozialverbänden und den Grünen unterstützten Initiative

sollte versucht werden, die derzeit 87 Krankenkassen mit stark schwankenden Beiträgen durch eine einzige Kasse zu ersetzen und die Prämien künftig nach der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Versicherten, also lohnabhängig, zu berechnen.

Dadurch hätten nach Meinung der Befürworter die Verwaltungskosten

entscheidend gesenkt werden können. Dagegen argumentierten die Regierung und die Mehrheit des Parlaments, das Monopol einer einzigen Kasse werde die Kosten weiter ansteigen lassen. Leidtragende dieser Entwicklung seien die Mitglieder des Mittelstands.

Das Schweizer Gesundheitssystem ist das zweitteuerste der Welt.



Verbal titulierte der „stern“ die beiden Strippenzieherinnen der Gesundheitsreform als Mulla-Regime und spottete damit dem wenig parlamentarischen Gesetzgebungsprocedere. Die optische Variante ist wohl nicht viel besser. Zieht man alle Vorteile grafisch exakt zusammen, würde das Mulla-Regime vielleicht so aussehen?

Fotomontage der KZV Berlin

Wir gratulieren

Im April und Mai vollenden das 75. Lebensjahr
 Dr. Waltraud Bremer (Wismar) am 11. April,
 das 70. Lebensjahr
 Dr. Jürgen Rabbel (Warnemünde) am 27. April,
 Dr. Ruth Reiß (Stralsund) am 8. Mai,
 das 65. Lebensjahr
 Dr. Hartmut Kröger (Neustrelitz) am 7. April,
 Zahnärztin Karin Lange (Neukirchen) am 8. April,
 Dr. Götz Ritter (Rostock) am 22. April,
 Dr. Herbert Schäfer (Rostock) am 24. April,
 Dr. Ursula Wandrey (Warnemünde) am 25. April,
 Dr. Astrid Feige (Rostock) am 4. Mai,
 das 60. Lebensjahr
 Dr. Sonja Zapf (Stavenhagen) am 28. April,
 das 50. Lebensjahr
 Dr. Konstanze Schröder (Mirow) am 20. April,
 Zahnärztin Birgit Repschläger (Friedland) am 27. April,
 Zahnärztin Marion Löwenstein (Schwerin) am 29. April und
 Dr. Jens-Uwe Kühnert (Bergen) am 1. Mai.

Wir gratulieren herzlich und wünschen Gesundheit und Schaffenskraft.

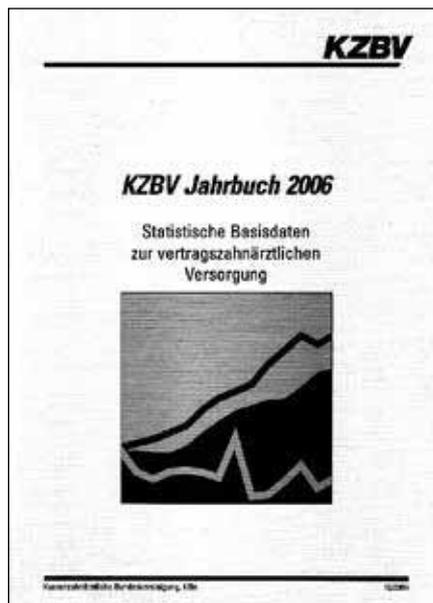
Anzeige

Praxisabgabe, Raum Güstrow in reizvoller Umgebung (Kleinstadt). Moderne, etablierte Zahnarztpraxis in zentraler Lage in einem Ärztehaus. 4 BHZ, Praxislabor, Prophylaxezentrum, Röntgenraum. Als Einzel- und Doppelpraxis geeignet. Aus Altersgründen ab Januar 2009 abzugeben. Auf Wunsch vorher übergangsweise gemeinsame Praxisführung möglich. Kontakt unter: **Chiffre 0625**

KZBV-Jahrbuch liegt vor

Einzigartige jährlich erscheinende Datensammlung

Statistik ist die Wissenschaft der Problemlösung mit Daten, die einer Variabilität unterliegen. Der Variabilität eines jeden Jahres. Deshalb gibt die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) jedes Jahr neue Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung heraus. Dazu zählen die Einnahmen und Ausgaben in der Gesetzlichen Krankenversicherung, die zahnärztlichen Abrechnungsfälle, die betriebswirtschaftliche Entwicklung der Zahnarztpraxen und die Entwicklung der Zahnärztezahlen. Ein Anhang gibt ergänzend Auskunft zu Abrechnungsdaten aus dem privat Zahnärztlichen Bereich (GOZ-Analyse). Diese in dieser Form einzigartige und umfassende, jährlich erscheinende Datensammlung ist in der Vergangenheit die Basis für Dis-



kussionen im wissenschaftlichen, politischen und fachlichen Raum gewesen. Diesem Ziel soll auch die Neuauflage gerecht werden. Einziger Wermutstropfen: So ein statistisches Großprojekt kann auf 172 Seiten natürlich nicht aktuell die Zahlen von vor drei Monaten wiedergeben. Die Daten beziehen sich in der Regel auf die Jahre 1976 bis 2005.

Bestellung/ Kosten

Interessenten können das Jahrbuch telefonisch (02 21-40 01-116 oder -216), per Fax (02 21-40 01-180) oder über das Internet – www.kzbv.de – bestellen. Der Versand erfolgt mit Rechnung

zum Selbstkostenpreis von acht Euro zuzüglich Porto. Die Bestellung können Sie innerhalb der gesetzlichen Rahmenbedingungen widerrufen.

Kerstin Abel

Anzeigen

Junger, engagierter und motivierter Zahnarzt (2 1/2 J. BE) mit Wurzeln in Neubrandenburg su. Praxis als Entlastungsassistent mit dem Ziel der mittel- bis langfristigen Übernahme durch Kauf bzw. Miete oder Pacht der Praxis im Umkreis von und in Neubrandenburg **Chiffre 0623**

Suche angest. ZÄ zur Entlastung für Praxis in HRO. **Chiffre 0624**

Jana Neitzel
 – mobile Zahnarthelferin –
 kurzfristig und zuverlässig
 Tel.: 03 82 03 / 73 63 39
 Mobil: 01 62 / 2 17 50 62

J. Neitzel
Personalberatung
 Sie suchen Personal,
 das in Ihr Praxisprofil passt?
 Dann rufen Sie mich an:
 Tel.: 03 82 07 / 73 63 39
 Mobil: 01 62 / 2 17 50 62

Zuschriften auf Chiffre-Anzeigen senden Sie bitte unter Angabe der Chiffre-Nummer an
Sabine Sperling
Satztechnik Meißen GmbH
 01665 Nieschütz
 Am Sand 1c